

Les Arthropathies Syphilitiques chez l'Indigène Algérien

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1935

par

ODRY Jeanne

Interne des Hôpitaux

née le 10 Septembre 1900 à Tunis

MEMBRES DU JURY

M. AUBRY, Professeur de Clinique médicale	Président
M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.....	Juges
M. LOMBARD, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie	
M. BENHAMOU, Agrégé (Médecine).....	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, rue Clauzel
1935

Les Arthropathies Syphilitiques
chez l'Indigène Algérien

Les arthropathies Syphilitiques chez l'Indigène Algérien

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1935

par

ODRY Jeanne

Interne des Hôpitaux

née le 10 Septembre 1900 à Tunis

MEMBRES DU JURY

M. AUBRY, Professeur de Clinique médicale	Président
M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale	Juges
M. LOMBARD, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie	
M. BENHAMOU, Agrégé (Médecine)	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, rue Clauzel
1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESSEUR

MM. LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
HERAIL (*, I. ☞).
PINOY (*, I. ☞).

PROFESSEURS

Clinique médicale
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale
Botanique et matière médicale
Clinique médicale et Hygiène infantile ...
Médecine légale
Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er}
 âge
Anatomie
Thérapeutique
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
 pédie
Chimie biologique et médicale.....
Pharmacie
Microbiologie et cryptogamie
Pathologie générale et Clinique psychia-
 trique
Physique médicale
Anatomie pathologique
Clinique des maladies des pays chauds, des
 maladies syphilitiques et cutanées
Parasitologie et zoologie médicale
Physiologie
Histologie et embryologie
Chimie générale pharmaceutique et toxi-
 cologie
Clinique ophtalmologique
Hygiène, hydrologie et climatologie

MM. AUBRY (O. *, ☞, I. ☞).
 CABANES (*, ☞, I. ☞).
 COSTANTINI (*, ☞, I. ☞).
 FOURMENT (A. ☞, O. ☞).
 GILLOT (I. ☞).
 GIRAUD (O. *, ☞, I. ☞).

LAFFONT (*, ☞, I. ☞).
LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
LEBON (*, ☞, A. ☞).

LOMBARD (*, ☞, I. ☞).
MAILLARD (*, I. ☞).
MUSSO (I. ☞).
PINOY (*, I. ☞).

POROT (I. ☞).
PORTES (*, ☞, I. ☞).
POUJOL (*, ☞, I. ☞).

RAYNAUD (*, ☞, I. ☞).
SENEVET (☞, I. ☞).
TOURNADE (O. *, ☞, I. ☞).
WEBER (*, ☞, I. ☞).

WUNSCHENDORFF (I. ☞).
N...
N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (*, ☞, A. ☞), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD, (*, ☞, I. ☞). M. HERAIL (*, I. ☞).

CHARGÉS DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... H. ABOULKER (*, ☞, A. ☞)

AGRÉGÉS

Médecine	{	MM. BENHAMOU (*, ☞, A. ☞)
Histologie		LACROIX (A. ☞).
Chirurgie	{	COURRIER (*, ☞, A. ☞).
		DUBOUCHER (I. ☞).
Obstétrique	{	FERRARI (I. ☞).
Anatomie pathologique		MOGGI (*, A. ☞).
Anatomie		HOUEL (*, ☞, A. ☞).
Chimie médicale		MONTPELLIER (I. ☞).
Histoire naturelle pharmaceutique		RIBET (☞, A. ☞).
Physiologie		N...
		N...
		N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Je dédie cette thèse :

A MON PÈRE ET MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

en particulier les Professeurs : LEBLANC, COURRIER,
TOURNADE, PINOY, POROT, LEBON, MONTPELLIER.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

en particulier les Professeurs : AUBRY, BENHAMOU,
LOMBARD, COSTANTINI, DUMOLARD, GILLOT, RAYNAUD.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES CONFÉRENCIERS DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT

les Docteurs P. GOINARD, G. FABIANI,
Et. CURTILLET, CHEVAUX.

INTRODUCTION

Quand les équipages de Christophe Colomb débarqués à Palos introduisirent en Europe le mal mystérieux jusqu'alors inconnu, les chroniqueurs et les médecins de l'époque en firent des descriptions qui traduisent une impression générale d'horreur et de crainte. Ce tableau sombre et violent que les médecins européens d'aujourd'hui ont peine à imaginer, il est encore familier aux praticiens de l'Afrique du Nord. Car la syphilis exotique reproduit, à 4 siècles de distance, l'évolution de la syphilis européenne. Ses lésions cutanées florides, ses gommes osseuses mutilantes, ses manifestations articulaires multiples ne sont que le reflet lointain des douleurs atroces, des ulcères phagédiniques précoces qui ont frappé l'Europe moyennâgeuse. Alors, là-bas, comme ici naguère, les manifestations cutanées et ostéo-articulaires dominent tout le tableau clinique. Les localisations viscérales, rares et longtemps inconnues, n'occupent d'abord aucune place dans les descriptions, jusqu'à ce que, devenant à leur tour prépondérantes, prenant toute la place des manifestations plus tapageuses à jamais disparues, elles représentent seules la syphilis des pays civilisés.

Depuis le début de la conquête, les médecins Nord-Africains assistent à l'évolution lente, dans un sens parallèle, du « grand mal » des Arabes. La disparition

progressive des grandes mutilations, l'atténuation ou l'hybridité des lésions cutanées et ostéo-articulaires, la fréquence plus grande, partout signalée, des atteintes viscérales et même des atteintes nerveuses jusqu'alors presque inconnues, prouvent que l'infection, ici comme en France au cours des siècles, peu à peu se ternit, se localise, se tapit dans les organes profonds, aussi dangereuse peut-être mais moins flamboyante, feu qui couve sous la cendre prêt à éclater sous forme d'aortite, de tabès, de paralysie générale ou à s'éteindre enfin définitivement.

Appelée à disparaître avec la diffusion des méthodes thérapeutiques et hygiéniques, la syphilis exotique ne représente qu'un moment de l'histoire de la syphilis. A la suite des nombreux médecins coloniaux qui se sont attachés à en fixer l'image fortement colorée, nous avons voulu, sur les conseils de notre maître le Professeur Aubry, apporter, sur le chapitre spécial des ostéo-arthropathies, un témoignage personnel, avant qu'elle ne disparaisse et se fonde dans les grandes lois générales de la pathologie moderne. Après en avoir montré la fréquence encore extrême, nous avons recherché, à l'aide d'observations personnelles, à fixer les différents aspects cliniques de ces arthropathies dont la description servira à préciser les nuances séméiologiques qui seules bientôt conserveront le trait spécifique. La puissante spécificité de la maladie dont elles émanent imprime, en effet, à leurs formes typiques, une netteté qui nous permet d'analyser, purs de toute alliage, les caractères qui pourront ensuite être recherchés dans les formes moins nettes. Nous y ajoutons des témoignages radiologiques que les auteurs anciens n'avaient pu fournir, l'appui au diagnostic des données biologiques et anatomo-pa-

thologiques. Nous envisagerons enfin les formes nouvelles larvées, les formes associées, formes de l'avenir qui commencent à rejoindre les formes européennes — en les situant dans le cadre nosologique de toute la pathologie articulaire indigène.

HISTORIQUE

1) Histoire de la Syphilis articulaire en Europe.

Il faut remonter aux origines mêmes du « nouveau mal » introduit en Europe au XV^e siècle pour en trouver un tableau comparable à celui qu'ont dépeint les médecins coloniaux. Mais alors, il existe une similitude remarquable entre leurs descriptions et celles si sombres et si pittoresques des chroniqueurs et médecins des XV^e et XVI^e siècles.

L'un des premiers, Benedetto (1495) fait l'autopsie d'une dame atteinte du « mal français » et trouve, sous le périoste intact, les os tuméfiés et suppurés jusqu'à la moelle. « J'ai vu, dit-il ailleurs, des malades qui avaient perdu les yeux, les mains, le nez, les pieds et les autres parties du corps. »

Dès ce moment, de toutes les descriptions, émergent ces deux caractères principaux de la maladie lors de son apparition en Europe :

l'exubérance des manifestations cutanées,

l'intensité et la fréquence des atteintes ostéo-articulaires.

Pierre Martyr (1488) répond à son ami Arias Barbosa : « Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces de tes articulations, tes ulcères, la fétidité de ton haleine. Je te plains, cher Arias ».

Villalobas (1498), Torella (1497), Pinator (1500), Jean de Vigo (1514) signalent comme un signe constant les douleurs ostéo-articulaires. Montesaurus écrit : « Ces douleurs sont plus violentes aux approches de la nuit ; les malades éprouvent la sensation que leurs os sont brisés et distendus et ils ont quelque peine à mouvoir leurs membres ».

Grumpeck (1496 et 1503) décrit bien, pour les avoir lui-même éprouvées, ces « douleurs pongitives indicibles avec pesanteur dans les épaules, d'autres dans les coudes, les genoux ou toutes ces parties à la fois ; ceux-ci sont incapables de se tenir debout ; ceux-là ne peuvent marcher ou effectuer aucun travail ».

« Il y a deux symptômes essentiels, écrit Jacobus Catinus en 1504, une souillure de la peau et des douleurs occupant le corps tout entier. »

Fracastor (1546) qui eût l'idée curieuse de mettre la description de la maladie en vers latins, sous l'invocation de tous les dieux de l'Hellade, chante les « angoisses terribles » senties dans les jointures.

Ulrich de Hutten décrit ses « ulcérations putrides, très douloureuses, disséminées » et ses arthrites : « la hanche et le genou étaient tout à fait refroidies, la cuisse diminuée de volume était parvenue au plus haut degré de la maigreur et les muscles étaient si atrophiés que la peau presque seule semblait recouvrir l'os ; de plus les deux jointures étaient si disloquées que pendant longtemps il ne me fut possible de marcher sans grande souffrance ».

« On y rencontre (dans cette maladie), dit Jean de Vigo (1514), des ulcères gangréneux, serpigineux, chancreux, malins, semblables au fornica, à la scrofule, à l'asaphatie et même à la lèpre et des fistules osseuses

ainsi que tous les genres de douleurs, surtout celles des articulations. »

Ambroise Paré, en 1561, en donne une description précise.

Il est vain de multiplier les citations : tous les auteurs sont d'accord, les manifestations articulaires et osseuses sont, avec les lésions cutanées, le symptôme essentiel, prépondérant de l'infection nouvelle, et il s'y ajoute la gravité des phénomènes généraux.

Levinus Lemnius, en 1574, est même obligé de spécifier que toutes les arthropathies ne sont pas de nature syphilitique : « Omnes ficosi articulari morbo laborant et non omnes podagrici morbi gallici sunt ».

Mais, dès le milieu du XVI^e siècle, le « grand mal » perd en Europe son caractère exubérant. Répandu sur une grande partie de la surface du globe, il perd en éclat ce qu'il gagne en étendue. « Par succession de temps, la virulence a quelque peu mitigé sa fureur » (Jean de Bourdigue). Puis on commence à connaître les localisations viscérales. Jacques de Bethencourt (1527) signale l'apoplexie, la paralysie, l'induration du foie. Mais l'efflorescence cutanée et ostéo-articulaire s'est pour jamais atténuée. La syphilis entre dans une période d'ombre et de confusion. Au XVII^e siècle, les arthropathies spécifiques sont un peu oubliées. Elles le sont si bien, au XVIII^e siècle, que Hunter, le grand syphiligraphe anglais, nie la syphilis articulaire. Cependant Astruc, Fabre, Plenka s'occupent des ankyloses qui peuvent survenir au cours de la syphilis. Bassereau, Vidal, Langlebert, Rollet et d'autres syphiligraphes sont très réservés sur cette question. Ricord ne croit pas que l'existence des arthropathies spécifiques puisse être admise : « Jamais, dit-il, je n'ai vu la syphilis attaquer les

se tuméfient et sont douloureuses. Enfin apparaissent la cachexie, divers accidents tertiaires et quelquefois la mort ».

C'est une maladie infiniment répandue qui, ici encore, est caractérisée par les deux symptômes essentiels :

- les mutilations cutané-muqueuses,
- les localisations ostéo-articulaires.

Des symptômes viscéraux, des affections para-syphilitiques, les premiers auteurs ne parlent pas, ou seulement pour en signaler la rareté ou l'absence. L'infection désorganise la peau et le squelette, elle respecte les organes profonds. Et ces caractères constamment signalés :

- exubérance des lésions cutanées et ostéo-articulaires,
- rareté des localisations viscérales et absence presque complète des localisations nerveuses,

ont si vivement frappé tous les observateurs qu'ils ont servi à édifier l'image de la syphilis dite exotique, aujourd'hui si passionnément discutée.

En Tunisie, au Maroc, elle se présente à l'arrivée des Français avec le même aspect. Lacapère fait une magistrale étude de la syphilis arabe et en fixe définitivement les caractères primitifs.

Un siècle a passé depuis les premières études. Depuis un siècle en Algérie, depuis le début de l'arrivée des Français en Tunisie et au Maroc, l'iodure, le Hg, l'As et le Bi sont largement administrés aux indigènes. Avec empressement mais sans constance, et c'est là un point essentiel à souligner, ils viennent réclamer la « tche-ka ». L'évolution de la physionomie de la syphilis exotique est-elle due à ce traitement, et à ce traitement toujours insuffisant ? D'autres causes viennent-elles y apporter leur appoint ? Il ne nous appartient pas de

discuter ici cette question, que nous aborderons lors de l'étude pathogénique. Elle passionne les syphiligraphes de l'Afrique du Nord et de la Métropole qui cherchent à expliquer les changements survenus dans l'aspect de la syphilis arabe. Car la syphilis arabe, lentement mais sans conteste possible, change d'aspect. C'est, pour les médecins algériens, une vérité d'évidence. Le Congrès de Médecine de Tunis (1) (1934), les enquêtes du Maroc Médical (2) signalent dans le reste de l'Afrique du Nord ces importantes modifications :

disparition progressive des grandes mutilations du tertiariisme ;

diminution de l'extension des lésions cutanées « moins éclatantes » (Jaubert), « plus proches de celles de tous les pays civilisés » (Cristiani).

Parmi les formes articulaires, les formes mutilantes sont plus rares ; seul le rhumatisme syphilitique a gardé la même fréquence. Les formes viscérales et en particulier nerveuses prennent tout à coup dans les préoccupations des médecins une place prépondérante ; ont-elles vraiment augmenté de nombre ? paraissent-elles seulement plus fréquentes parce que, par ailleurs mieux connues et plus recherchées, elles passent au premier plan du tableau clinique après la disparition des formes cutanées et muqueuses (Vuillemin) ? Il ne nous appartient pas de discuter cette question qui sort du cadre de notre sujet.

(1) Tunisie Médicale, Mai-Juin 1934.

(2) Février et Mars, Mai et Juin 1934).

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Tout ce qu'on vient de lire nous dispense d'insister sur la fréquence des arthrites syphilitiques en ce pays. Nous donnerons seulement ici quelques chiffres pour bien préciser cette fréquence et pour en constater déjà la diminution.

Au Maroc, d'où nous viennent les meilleures statistiques :

Decrop et Salle, chez l'enfant (1) trouvent, sur 164 malades :

45 lésions osseuses

24 lésions articulaires

« Parmi les organes le plus souvent atteints se trouve, ainsi que pouvait le faire prévoir la fréquente localisation des manifestations héréditaires, le système locomoteur. Alors que, chez l'adulte, Fournier ne trouvait sur 5.000 sujets syphilitiques que 30 (soit 0,6 %) présentant des symptômes de syphilis ostéo-articulaire, nous en avons recueilli 24 sur nos 164 malades (soit 1/6^e). En France, c'est la tuberculose qui attaque chez l'enfant les articulations, ici elle est rare, la syphilis la remplace. »

Sur ces 24 cas, on trouve :

Arthralgies	7
Hydarthrose du genou	5 (dont 2 doubles)

(1) DECROP et SALLE : Contribution à l'étude de la syphilis acquise de l'enfant chez l'indigène marocain. — Annales des maladies vénériennes, 1919.

Arthrites du coude	4
Périsynovite gommeuse du genou.	1
— tibio-tarsienne	1
Ankylose du genou	1
— du coude	5

Chez l'adulte, les mêmes auteurs (2) constatent que sur 195 manifestations articulaires, 168 (soit 87 %) sont des arthralgies simples.

Lacapère et Laurent (3), au dispensaire anti-syphilitique de Fez, recueillent :

sur 400 européens : 2 localisations articulaires,
chez 979 indigènes : 112 localisations articulaires
(plus de 10 %).

Jamin, en Tunisie :

sur 701 syphilitiques : 50 lésions ostéo-articulaires
(7 %).

Ces chiffres ne sont que relatifs. Si l'on considère que la fréquence de l'infection tréponémique chez l'indigène est évaluée par les différents auteurs entre 70 et 80 %, on imagine la fréquence absolue de ces manifestations.

Les statistiques du dispensaire de Fez, en même temps que cette fréquence, montrent sa diminution très nette en ces dernières années, le nombre général des consultants restant à peu près le même :

	Année 1922	Année 1923
Accidents cutanés	655	117
Arthralgies	388	212
Accidents ostéo-articulaires	373	26

(2) Les arthralgies syphilitiques des Marocains. — Maroc médical, 1923, p. 73.

(3) La syphilis articulaire chez les Indigènes du Maroc. — Paris Médical, 1919, p. 221.

Si le rhumatisme syphilitique est encore extrêmement fréquent, les accidents osseux et articulaires ont, comme les accidents cutanés, diminué non seulement en nombre, mais plus encore en intensité et en gravité.

Il est curieux de constater que les mêmes caractères de fréquence et d'exubérance se retrouvent dans tous les pays exotiques sans qu'il soit besoin d'invoquer la jeunesse de l'infection puisque, dans beaucoup d'entre eux comme en Algérie, la syphilis est aussi vieille qu'en Europe.

Vaffier remarquait déjà, il y a longtemps (1875), que le rhumatisme syphilitique était la règle chez les indigènes de la Chine et du Japon au début de la maladie. C'est en Indo-Chine que Jeanselme fixa le premier l'image de la syphilis exotique avec ses caractères florides et sa prédilection cutanéco-osseuse. Les médecins coloniaux qui étudient la maladie dans les pays exotiques font les mêmes remarques : Dumas au Cameroun, Casalis de Pury en Afrique du Sud, Mac Arthur au Bechnanaland, Dumont au Congo belge, Holzinger en Abyssinie, Lecomte dans l'Afrique équatoriale française. Perves, dans une récente étude de la syphilis au Hoggar, lui décrit aussi cet aspect moyennâgeux, mutilant et cachectisant. Il insiste sur l'énorme prépondérance des atteintes articulaires : 42,8 % des malades observés présentent des lésions ostéo-articulaires. Trois formes, comme ici, sont là-bas prédominantes : les arthralgies (forme poly-articulaire rhumatoïde de Perves), la forme polyarticulaire avec déformations osseuses, la forme arthropatique localisée (ou pseudo-tumeur blanche).

Perves fait incidemment une autre constatation : c'est la rareté du rhumatisme articulaire aigu au Hog-

gar : en regard des 57 syndrômes rhumatismaux ayant cédé au traitement spécifique, 2 seulement se sont trouvés justiciables du salicylate de soude (et 1 du traitement antigonococcique). Cette remarque déjà faite par Broc en Tunisie, par Lacapère, Decrop au Maroc, a été confirmée par plusieurs auteurs en Algérie ; la rareté du rhumatisme articulaire aigu chez l'indigène est une notion bien établie par les cliniciens de l'Ecole algérienne (Gros, Aubry) (1). C'est un point de pathologie générale dont nous avons voulu souligner l'importance au seuil de cette étude pathogénique : il n'y a pas, en effet, de fragilité spéciale du système articulaire chez l'indigène. L'électivité de la syphilis pour ce système lui est bien propre. Chaque infection chez l'indigène a sa « note particulière ».

Il nous faut maintenant, de cette électivité, analyser les éléments déterminants.

La *pathogénie* de la syphilis exotique, si étrange en apparence, a été l'objet de nombreux travaux et de discussions brillantes et passionnées. Chacun apporte un élément nouveau, établit une doctrine nouvelle qui détruit la précédente mais qui, n'ayant pas plus de base qu'elle, tombe à son tour. Il en reste qu'elle est devenue complexe à l'extrême et qu'il n'est pas un des facteurs spéciaux à la pathologie ou au genre de vie des indigènes qui n'ait été invoqué.

L'hypothèse de la dualité des virus, dermatrope et neurotrope, bien vite rejetée, de même que celle de l'adaptation, de la spécialisation cutanée du virus syphilitique chez l'indigène, c'est du côté du terrain sur-

(1) G. FABIANI : Le problème des endocardites et la pathologie cardiaque chez l'indigène algérien, Alger, 1933.

tout que l'on a recherché les raisons de ce particularisme.

On a invoqué bien des causes :

certaines particularités des mœurs indigènes : l'absence d'alcoolisme, la passivité, la quiétude morale de l'Arabe, son éloignement de tout surmenage intellectuel ;

l'hypotension artérielle dûe au paludisme et à l'absence d'alcoolisme, hypotension peu favorable à la production de lésions scléreuses parenchymateuses et favorable, au contraire, aux lésions ulcéreuses ;

les modifications humorales et tissulaires produites par le paludisme, théorie remise en honneur par l'école de Vienne à la suite des résultats de la malariathérapie ;

l'hyperallergie cutanée enfin qui, produite chez l'indigène par la fréquence des syphilis héréditaires et des surinfections, est encore renforcée par les hétéro-allergies dues aux traumatismes, aux plaies, à l'insolation, aux suppurations répétées, entretenant un effort réactionnel constant qui protège le système nerveux et lui assure une immunité relative.

Si l'on y regarde de près, la question pourtant semble assez simple. Il n'y a pas de « facteurs d'orientation de la syphilis exotique ». La syphilis exotique est le type le plus pur, le seul pur pourrait-on dire, de la syphilis telle qu'elle est naturellement quand ni le traitement ni la civilisation n'ont défiguré son visage.

Nous n'en voulons pour preuve qu'un seul fait : la syphilis dite exotique présente son aspect caractéristique absolument semblable en des lieux et en des temps très divers. On la rencontre non seulement en Afrique (septentrionale, équatoriale ou du Sud), mais encore en Chine et au Japon, au Paraguay, dans les Indes, c'est-à-

dire dans des latitudes très diverses, chez des peuples dont le genre de vie, le mode d'alimentation, la pathologie sont extrêmement différents. Quel terrain commun trouver à toutes ces races dont certaines sont anciennes et très évoluées ?

Mais surtout, nous l'avons vu, l'infection se manifesta à son début en Europe comme une syphilis « exotique ». Or ici, tout s'oppose dans le « terrain » sur lequel elle évoluait : où étaient alors l'adaptation héréditaire du tréponème, l'impaludation, l'hérédo-syphilis, l'absence d'éthylisme (les armées de Charles-Quint étaient-elles sobres ?) et cette allergie cutanée comprise par les auteurs de façon si obscure et partant si contradictoire ?

Venue neuve chez un peuple neuf, la syphilis se montra avec son génie propre, son caractère vraiment spécifique d'affection à tendance électivement cutanée et osseuse, tout comme la tuberculose aime le poumon et le rhumatisme le cœur. Toute semblable était-elle en Algérie à la même époque, malgré l'abîme que mettait, entre les races et les coutumes, la Méditerranée. Mais ici, alors qu'elle changeait là-bas, elle est toujours restée la même parce que rien, depuis des siècles, n'était venu arrêter son déroulement : « Libérée de toute entrave thérapeutique qui, à coup sûr, en modifierait la physiologie, elle se développe harmonieusement, prenant tout son temps pour nous montrer son véritable visage » (Cassar).

S'il fallait donc chercher les raisons d'une « orientation », ce seraient non celles de la syphilis exotique mais celles de la syphilis européenne et de la lente européénisation actuelle de la syphilis indigène. Or ce qui caractérise la syphilis européenne, c'est qu'elle est toujours plus ou moins traitée. Ce qui est changé depuis l'occu-

pation française chez l'indigène nord-africain, c'est la thérapeutique anti-syphilitique. Ainsi que l'ont bien discerné Sezary, Montpellier et d'autres, c'est au traitement qui blanchit les lésions cutanées-osseuses qu'est due la localisation du tréponème dans les organes profonds. « En résumé, conclut Sezary, d'une longue étude sur ce sujet, nous croyons que c'est la façon dont la syphilis a été traitée qui joue le rôle sinon exclusif, du moins prépondérant, pour imprimer à la maladie les caractères qu'elle offre dans les différents pays. » Cette atténuation des lésions ulcéro-nécrotiques aura-t-elle pour corollaire une fréquence et une gravité plus grande des lésions viscérales et en particulier nerveuses ? C'est là un autre côté de la question qui n'est pas près d'être résolu.

Il nous reste à envisager les *causes secondes* favorisant dans un cas donné, la localisation ostéo-articulaire. On ne peut guère invoquer une question de terrain : le système articulaire de l'indigène n'est pas spécialement fragile. Mais il doit fatalement succomber à toutes les causes d'affaiblissement et d'irritation qui ne lui font pas défaut. A côté du refroidissement, il faut, nous semble-t-il, donner parmi elles une place de choix au traumatisme, auquel son genre de vie expose tant l'indigène

C'est là un facteur étiologique anciennement reconnu et Broca parlait déjà d' « arthrites syphilo-traumatiques ». Les travaux récents de Leriche ont donné à cette conception une base physio-pathologique : tout traumatisme produit un déséquilibre vaso-moteur dans le sens d'une vaso-dilatation active. Parfois passager et alors sans suite, ce régime de vaso-dilatation peut s'installer à demeure et être la source soit d'ostéoporose, si la vaso-dilatation prédomine sur les extrémités osseu-

ses, soit d'hydarthrose si l'hyperhémie prédomine dans les franges et replis synoviaux. En soulignant la possibilité de lésions importantes osseuses, cartilagineuses ou synoviales à la suite d'un simple trouble fonctionnel circulatoire, ces notions jettent une clarté nouvelle sur la compréhension des manifestations de certaines arthrites infectieuses. Par l'inflammation d'abord aseptique qu'il produit, le traumatisme favorise la localisation en ce point d'une septicémie ; l'inflammation spécifique prolonge et aggrave les effets du traumatisme.

Etant donné ce que nous savons du mécanisme des altérations osseuses en général et du caractère des lésions osseuses de la syphilis, c'est bien à elle que peuvent s'appliquer ces données. Les lésions spécifiques sont caractérisées en effet par un mélange de raréfaction osseuse et d'hyperostose. Or Leriche et Policard ont bien montré que la résorption osseuse n'était pas due, comme on l'avait longtemps pensé, à l'insuffisance de circulation, à l'ischémie articulaire dûe aux lésions artérielles : elle est la conséquence au contraire de l'hyperémie. Mais par la mise en liberté de matériaux calcaires et la création d'une surcharge calcique locale, de l'os nouveau pourra se former. Ce processus double de résorption et d'hypertrophie osseuse domine toute la physio-pathologie de la syphilis ostéo-articulaire.

Chez l'enfant, l'activité de l'ostéogénèse, avec la suractivité vasculaire qu'elle entraîne, constitue une nouvelle cause des localisations épiphysaires du virus.

ETUDE CLINIQUE

PLAN

Il n'existe sans doute guère en Algérie de formes d'arthrites syphilitiques qui n'aient été décrites par les auteurs européens. On y rencontre toutes les formes classiques et peu de formes inconnues ;

- les arthralgies,
- les hydarthroses,
- les arthrites subaiguës fluxionnaires,
- les ostéo-arthropathies,
- les rhumatismes chroniques,

sont communs aux deux continents. Mais, par leur fréquence relative, leur allure clinique singulière, leur évolution, les formes indigènes diffèrent à tel point des formes observées en Europe qu'il nous paraît impossible de faire entrer les arthropathies syphilitiques des indigènes dans le cadre nosologique habituellement adopté : certaines le débordent largement ; d'autres n'y figureraient qu'en nombre restreint ; il en est même qui n'y trouveraient pas leur place.

Nous voulons avant tout montrer les formes types qui serviront à analyser les caractères proprement spécifiques et nous distinguerons :

1° Les formes typiques, fréquentes et caractéristiques, ce qu'on pourrait appeler : la « forme exotique » de la syphilis articulaire ;

2° Les formes « à la française » : banales, camouflées ou hybrides, se rapprochant de celles que l'on rencontre actuellement le plus souvent en Europe et auxquelles s'attachent les travaux les plus récents.

Qu'on ne croie pas cependant que la connaissance de ces formes n'ait rien à gagner de leur étude chez l'indigène. La fréquence chez eux de l'infection tréponémique, la facilité relative de l'y mettre en évidence permettent de rattacher à ce facteur un certain nombre de syndrômes mal connus, d'étiologie douteuse et de préciser leur nature et leur pathogénie.

Les classiques séparent dans leurs descriptions, les formes articulaires de la syphilis héréditaire de celles de la syphilis acquise. En réalité, les différences sont minimales dans les formes communes ; et une forme dite particulière à l'hérédosyphilis, l'arthrite déformante de Méricamp, dont l'autonomie nous paraît d'ailleurs discutable, a été rencontrée par nous dans la syphilis acquise.

Nous joindrons donc les deux descriptions pour ces raisons générales et pour une autre encore, propre à la syphilis exotique : si la syphilis héréditaire est très fréquente chez l'indigène, la syphilis acquise y est aussi très précoce ; Brault en Algérie, Boricaud, Russo en Tunisie, Lacapère et Laurent, Decrop et Salle au Maroc ont insisté sur la fréquence des infestations infantiles, dûes à la promiscuité et à la malpropreté dans lesquelles vivent les familles arabes. Il en résulte que la distinction entre les deux formes, acquises ou héréditaires, est très difficile chez l'indigène. La notion d'âge, dont la valeur est si grande en Europe, ne joue pas. L'accident primaire ou même secondaire, qui permettrait de

reconnaître l'affection acquise, passe généralement inaperçu ou est considéré comme banal. Dans certains cas, les dystrophies, les malformations congénitales diverses permettent le diagnostic de syphilis héréditaire. Mais d'une part, les stigmates dystrophiques n'existent pas toujours ; et aucun de ceux que l'on peut rencontrer n'est absolument pathognomonique. D'autre part, la précocité de la contamination peut permettre chez le jeune enfant l'apparition de lésions osseuses ou de troubles de développement rappelant les dystrophies congénitales et pouvant faire croire à une syphilis héréditaire.

Les arthropathies spécifiques sont beaucoup plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte à cause de la suractivité et de la richesse vasculaire du tissu osseux en travail de croissance. « En voie de transformation et d'édification continuelles sur lesquelles le moindre trouble morbide a un retentissement immédiat et profond, le squelette épiphysaire constitue chez l'enfant un point d'appel idéal pour la fixation des bacillémies et la syphilis ne fait pas exception à cette règle » (Decrop et Salle). Mais il n'y a pas à cet égard de différence clinique entre le cas où le virus, héréditairement transmis, a attendu cet appel pour migrer vers une localisation précise et le cas où, venu du dehors, il se fixe d'emblée sur les articulations.

A l'encontre encore des classiques, nous ne décrivons pas séparément les formes articulaires de la période secondaire et celles de la période tertiaire. Il n'existe entre elles, en effet, qu'une différence de gravité. « La syphilis secondaire, dit Fouquet, lèche les articulations, la syphilis tertiaire les mord ». Les deux périodes sont d'ailleurs mal tranchées chez l'indigène. Il existe des

formes de passage qui établissent lentement la transition de l'une à l'autre. Etant donc bien entendu que les formes légères relèvent seules de la syphilis secondaire et les formes gravement lésionnelles de la seule syphilis tertiaire, nous réunirons dans un même chapitre les formes cliniques des deux époques.

1 — FORMES EXOTIQUES DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE

A) L'ARTHRITE GOMMEUSE FISTULISÉE

C'est la forme la plus typique, la plus complète, la plus fréquente aussi des lésions syphilitiques articulaires chez l'indigène, c'est l'aboutissement ultime de toute arthropathie gommeuse.

En France, c'est elle que Ricord niait, c'est elle dont la plupart des auteurs constatent la rareté, moindre pourtant dans la syphilis héréditaire (Lance et Huc).

Ricord écrivait : « Je n'en ai jamais rencontré dans lesquelles le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe l'affection articulaire. Cette diathèse ayant porté plus spécialement son action sur le tissu compact et presque jamais sur le tissu spongieux, et comme les extrémités articulaires sont presque exclusivement constituées par ce dernier élément, il n'est pas étonnant que l'on n'y rencontre presque jamais l'ostéite syphilitique ».

Fournier, sur un total de 5.000 sujets syphilitiques, ne trouve que 30 cas de pseudo-tumeurs blanches.

Fouquet considère la fistulisation de l'arthropathie syphilitique comme une complication exceptionnelle ; sur 59 observations de pseudo-tumeurs blanches citées par lui, on n'en trouve que deux fistulisées.

M. Pillon, dans sa thèse de 1914, classe les formes fistulisées dans les « formes atypiques, rares et mal connues » ; il n'en a recueilli dans la littérature que 7 observations.

Dohen, enfin, dans sa thèse sur les « Arthropathies syphilitiques chez l'enfant », constate : « La tuberculose a une tendance à suppurer et on note souvent des trajets fistuleux par où s'éliminent des séquestres et du pus granuleux abondant. C'est chose rare dans la syphilis et lorsque ces fistules existent, elles laissent sourdre très peu de pus, se tarissent facilement et, très exceptionnellement, on a l'élimination de séquestres ».

En Afrique du Nord, la grosse articulation tuméfiée, aux fistules suppurant interminablement, fait partie intégrante de la syphilis exotique. Comby constate avec étonnement au Maroc combien d'enfants que l'on aurait traité en France pour tumeur blanche guérissent par des injections d'arrinobenzol.

Etiologie.

C'est une affection de la syphilis héréditaire ou de la syphilis tertiaire, de la 3^e à la 30^e année après le chancre.

Sa localisation de prédilection est classiquement le genou. Nous l'avons rencontrée avec une fréquence toute particulière au niveau du cou-de-pied et du coude. C'est aussi la prédominance que signale Lacapère au Maroc :

Articulation tibio et médio-tarsienne	12 cas
Coude	7
Doigts et orteils (spina ventosa)	5
Genou	4
Epaule	2

C'est une forme très souvent polyarticulaire, mais, à l'inverse de l'hydarthrose, rarement symétrique.

Etude Clinique.

4 « avenues » y conduisent :

la pérисynovite gommeuse,
les lésions cutanées périarticulaires,
l'ostéo-chondro-synovite,
l'ostéo-chondro-arthropathie.

1° PÉRISYNOVITE GOMMEUSE.

Décrite par Lancereaux à la faveur d'une autopsie d'ailleurs restée unique, et considérée par la plupart des auteurs comme une rareté, elle est caractérisée par l'existence de foyers gommeux se développant dans le tissu cellulaire pérисynovial, avec épanchement secondaire dans la séreuse.

Lacapère et Laurent en ont observé trois cas chez les indigènes marocains. Scherb et Sicard ont rapporté un cas de périarthrite tertiaire chez un indigène algérien. Les lésions siégeaient sur l'articulation radio-carpienne. Il existait aussi chez ce malade une hydarthrose du genou.

Le début est lent, progressif. Il n'existe pour ainsi dire pas de douleurs. Aussi les lésions sont-elles déjà assez avancées quand les malades se décident à consulter. Voici ce qu'on constate alors : l'article est augmenté de volume par un épanchement liquide que l'on perçoit facilement par la palpation de la jointure, mais qui n'est jamais considérable. On sent une synoviale inégale, souple et fluctuante en certains endroits, épaisse, cartonneuse en d'autres, « comme si le synoviale était doublée d'un blindage ferme et résistant » (Four-

nier). Nulle part on ne sent de fongosités. Il y a parfois formation, aux dépens de la séreuse indurée, de corps étrangers articulaires. Les mouvements spontanés ou provoqués ne déterminent aucune douleur : il n'y a pas non plus de points douloureux à la palpation.

Arthrite sans fongosités mais avec blindage périarticulaire, sans douleur, sans impotence ni attitude fixe de membre, la péricapsulite gommeuse a un aspect clinique bien spécial qui, avant la phase suppurée, ne peut être confondu avec aucun autre. Elle peut d'ailleurs, sous l'influence du traitement, guérir à ce stade, ne laissant guère que quelques craquements et une gêne ordinairement légère des mouvements, pouvant cependant aller parfois jusqu'à l'ankylose.

2° LÉSIONS CUTANÉES PÉRIARTICULAIRES.

Jamais la propagation à l'article de lésions superficielles ne s'observe en Europe où les lésions cutanées sont toujours traitées avant qu'elles aient pu s'étendre aussi profondément. Le fatalisme et l'insouciance des musulmans laisse parfois évoluer assez longtemps des syphilides ulcéreuses ou gommeuses pour que, gagnant en profondeur, elles arrivent à détruire les tissus périarticulaires et à pénétrer jusqu'au sein même de l'article. L'arthrite gommeuse est alors constituée et évolue pour son propre compte.

3° OSTÉO-CHONDRO-SYNOVITE.

Résultant de la participation simultanée des os, des cartilages, de la synoviale et des tissus articulaires, c'est une forme rare, niée par beaucoup d'auteurs.

C'est à elle pourtant que se rapporte la description princeps de Richet, d'ailleurs contestée par Ricord, Panas, Bouilly.

Mericaup qui, dans l'autopsie qu'il fit d'une arthropathie syphilitique, constata l'intégrité de la synoviale, nie l'arthrite syphilitique. Les extrémités osseuses, les cartilages, les tissus périssynoviaux peuvent être atteints: la synoviale ne présente qu'une hyperémie réactionnelle. « La lésion épiphysaire est la règle, la synovite l'exception. »

Dureuil, Gaucher, Danjou, Homolle, Gangolphe disent de même. Defontaine : « De la comparaison et de l'interprétation des données anatomo-pathologiques et cliniques ressort un fait capital qui reste acquis, à savoir : la lésion osseuse est tout ; les lésions des parties molles de l'articulation sont contingentes, elles ne sont que l'effet de l'altération des os et particulièrement de la lésion de l'épiphyse qui est l'élément pathogénique nécessaire et principal ». Il ne s'agit là que d'une discussion histogénétique. Sans doute, et les études radiologiques l'ont confirmé, la lésion osseuse est pour ainsi dire constante dans les arthrites syphilitiques et même dans les hydarthroses pures ; la lésion synoviale, quand elle existe, n'est que secondaire. Mais il n'en est pas moins vrai que cliniquement, comme anatomiquement, la participation séreuse peut avoir assez d'importance pour donner au tableau clinique une allure particulière, simulant de beaucoup plus près que les autres formes les manifestations tuberculeuses, la vraie tumeur blanche.

L'observation suivante le prouve :

OBSERVATION I

(recueillie dans le Service de M. le Professeur COSTANTINI)

Une mauresque de 48 ans entre Salle Eug. Vincent, le 31 mai 1935, pour arthrite du poignet droit et du genou gauche.

Le début a été marqué, il y a trois mois, par l'apparition assez rapide, au niveau du poignet droit, d'une tuméfaction volumineuse, un peu douloureuse, gênant les mouvements de la main. La malade consulte un marabout qui pratique à ce niveau des scarifications, ouvrant une collection d'où s'échappe une assez grande quantité de pus.

Un mois plus tard, le genou droit se tuméfie ; la douleur est vive, la marche impossible. Peu après, une fistule s'ouvre spontanément à la partie supéro-externe de la région poplitée. A partir de ce moment, les phénomènes inflammatoires et la douleur s'atténuent.

EXAMEN. — Malade amaigrie, mais d'assez bon aspect général, non fébrile.

Genou gauche : augmenté de volume, globuleux ; la tuméfaction est marquée surtout à la partie interne de l'articulation et rendue plus frappante par l'atrophie considérable des muscles de la cuisse et du mollet.

En arrière, à la partie supéro-externe de la région poplitée, s'ouvre une fistule arrondie, d'un demi centimètre de diamètre environ, à bords minces, réguliers, à fond rouge jambonné, entourée d'une aréole violacée : il s'en écoule un liquide séropurulent.

La palpation donne une sensation de dureté osseuse, surtout marquée à la partie interne du genou ; c'est aussi à ce niveau qu'existe une douleur exquise à la pression. Les culs-de-sac synoviaux sont épaissis et légèrement fluctuants. La mobilisation de l'articulation est douloureuse et d'ailleurs très limitée. La jambe est en demie flexion sur la cuisse, flexion à 120° environ, irréductible.

La marche est cependant encore possible.

Il existe quelques ganglions, petits et indolores dans la région inguinale correspondante. Mais on en trouve aussi, même un peu plus volumineux, dans la région inguinale droite.

Poignet droit : Le poignet est déformé, un peu épaissi, subluxé en arrière. L'ankylose est complète. Les essais de mobilisation provoquent une légère douleur.

Il existe deux petites plaies, l'une à la face dorsale, l'autre à la face antérieure de la partie droite inférieure de l'avant-bras : ulcérations assez superficielles, ne semblant pas communiquer avec la profondeur, à fond rouge, jambonné, légèrement sanieux, à aréole pigmentée brun foncé.

Pas d'adénopathie dans les régions ganglionnaires correspondantes.

L'examen général ne montre guère qu'une rate un peu grosse, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal.

Tous les autres appareils sont normaux.

Rien dans les antécédents, ni dans l'examen somatique qui oriente vers la syphilis ou vers la tuberculose.

Le Wasserman et le Hecht sont négatifs dans le sang.

La radiographie montre des lésions caractéristiques de syphilis osseuse.

Au niveau du genou gauche, l'interligne articulaire est intact, l'épiphyse tibiale normale. Dans l'épiphyse fémorale, il existe une tache claire, ovale, dans le condyle interne. Le périoste en face de cette image de gomme osseuse a réagi, et l'épaississement périosté se poursuit tout le long de la corticale diaphysaire jusqu'à la partie médiane où il atteint sa largeur maxima.

Il existe une autre tache claire à la partie inférieure de la diaphyse et la dépression des parties molles à ce niveau permet de suivre le trajet fistuleux qui lui correspond.

Au poignet droit, les lésions radiologiques sont peu marquées. De face, on ne constate guère qu'une légère décalcification diffuse et une encoche en coup d'ongle au niveau de la base des 4^e et 5^e métacarpiens. De profil, on vérifie la subluxation en arrière par bascule du grand os et du semi-lunaire. Mais au niveau des diaphyses cubitale et radiale existent des lésions typiques de périostite syphilitique.

L'inoculation au cobaye, pratiquée avec du pus du genou, a permis d'éliminer la participation du processus tuberculeux : 4 mois après, l'animal ne présentait aucune lésion bacillaire.

A l'opération (résection du genou) : la synovite est épaissie, irrégulière, tomentueuse, d'aspect végétant, presque fongueux.

4° OSTÉO-ARTHRITE.

C'est le type le plus pur et de beaucoup le plus fréquent.

Il est caractérisé par la formation d'une gomme osseuse siégeant dans l'extrémité articulaire de l'os avec réaction consécutive de la synoviale.

C'est de façon lente, insidieuse et progressive que s'installe la première phase de l'affection : phase dou-

loureuse de Fouquet. La douleur est alors le seul signe clinique. Marquée surtout la nuit, elle peut être vive et lancinante, mais plus souvent elle est sourde, légère. Souvent elle cesse brusquement, de façon plus ou moins complète, dès que le jour commence à poindre. Les mouvements, la marche ne l'exagèrent pas. Mais un examen pratiqué à cette période permet de réveiller la douleur par la pression de certains points osseux nettement limités : condyles fémoraux ou plateau tibial, épicondyle, épitrochlée ou olécrâne.

La seconde phase évolutive est caractérisée par l'hyperostose épiphysaire. Quand on examine un genou à cette période, on voit aisément, en le comparant avec le côté sain, que tout l'article est augmenté de volume, souvent de façon considérable. La peau conserve son aspect normal. La main qui palpe éprouve une sensation de masse dure presque sous-cutanée, régulière, lisse ou non, uniformément sensible à la pression. Cette masse remonte parfois un peu le long de la diaphyse et va en s'atténuant ou cesse brusquement. La rotule est souvent élargie, comme étalée. Cette hyperostose constitue à elle seule toute la tuméfaction, la synoviale et les tissus périarticulaires sont indemnes. C'est une « tumeur toute en os » (Fournier).

A cette période correspond l'état des articulations des malades dont voici les observations :

OBSERVATION II

(recueillie dans le service de M. le Professeur REYNAUD)

Le 11 juillet 1934, un indigène de 28 ans entre Salle Hardy pour accidents cutanés et articulaires.

Le début de la maladie remonte à 7 ans. A ce moment est apparue une ulcération ayant rongé toute l'extrémité du nez ; en même temps s'est produite une efflorescence de « boutons »

sur tout le corps. Depuis ont évolué des accidents cutanés divers dont restent les traces cicatricielles ou évolutives. Il y a six mois seulement, des douleurs articulaires ont fait leur apparition dans les genoux, les cou-de-pieds, les coudes. Au niveau de la tibio-tarsienne et du coude, ce ne sont que des algies, ne gênant guère les mouvements, accentuées surtout la nuit. Au niveau des genoux, il y a eu d'abord tuméfaction, douleur vive empêchant la marche, puis limitation progressive des mouvements et actuellement ankylose. Les autres articulations ne sont pas touchées.

L'état général est altéré avec amaigrissement marqué.

Marié en 1920, le malade n'a pas d'enfants vivants. Sa femme a fait une fausse couche. Il est actuellement divorcé. Il n'a pas eu d'autres maladies que celle-ci.

EXAMEN. — Le visage est défiguré par une amputation nasale (cartilage et narines rongées, os propres seuls conservés) et par une ulcération profonde du maxillaire supérieur gauche.

Dans la bouche, il n'y a rien à signaler, sinon une très mauvaise denture.

Le corps est très amaigri, couvert de cicatrices nombreuses, dépigmentées, et de gommages ulcérées encore en évolution, en grand nombre au niveau des membres inférieurs, ulcérations arrondies, de la grosseur d'une pièce de 1 franc, recouvertes d'une croutelle.

Articulations : Au niveau des coudes, des cou-de-pieds, les mouvements sont légèrement douloureux, mais libres, sans modifications de l'aspect extérieur de la jointure.

Les genoux sont globuleux ; l'hypertrophie n'est pas considérable, mais elle est rendue plus apparente par l'extrême atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe. Ils sont recouverts d'une peau amincie et lisse. La palpation donne une sensation de dureté osseuse. Il y a une légère fluctuation au niveau des culs-de-sac latéraux, mais leur ponction est négative. La flexion est conservée ; l'extension au contraire est très diminuée, ne dépassant pas l'angle droit. Cette ankylose paraît due uniquement à la rétraction des tendons des fléchisseurs, l'interligne articulaire étant libre, avec même une certaine laxité permettant des déplacements transversaux du tibia sur le fémur.

Les différents appareils sont normaux.

La rate est un peu grosse, son bord inférieur perceptible dans les grandes aspirations.

La tension artérielle est basse (8-5).

. 1. — Observation II.
Coude gauche.

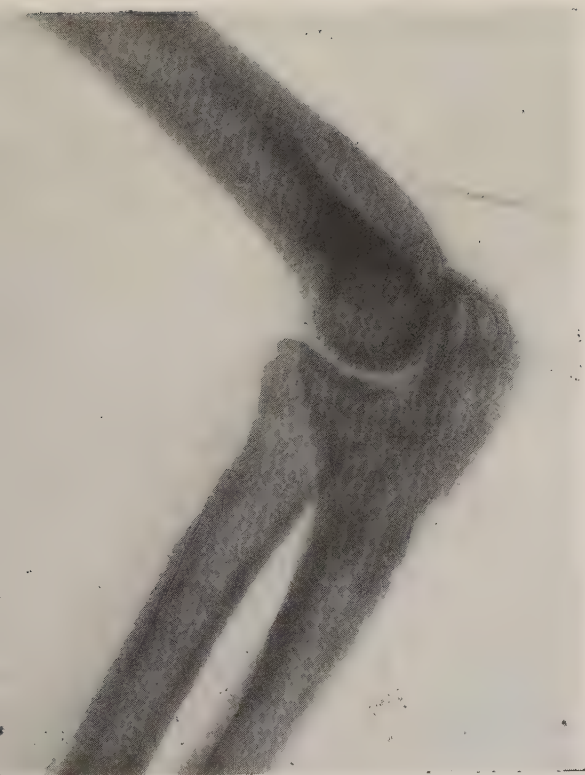


Fig. 2. Observation II.
Coude gauche.

Dans le sang, les réactions de Wassermann et de Hecht sont fortement positives.

Radiographie : Au niveau des genoux, les lésions sont peu marquées. L'interligne est intact, montrant bien que l'ankylose est uniquement fibreuse. Dans le fémur, deux taches claires, affleurant la périphérie, déforment le contour osseux ; l'une à la face antérieure du condyle interne, l'autre à la partie inférieure de la diaphyse. Périostite du péroné.

Au contraire, au niveau des coudes où les signes cliniques sont frustes, les lésions radiologiques sont accentuées. A droite comme à gauche, sur l'humérus, le radius et le cubitus : taches claires nécrotiques, exostoses épiphysaires, périostite diaphysaire.

Le malade est mis au traitement mixte (As et iodure de potassium). Action rapide sur les gommes cutanées et les signes fonctionnels articulaires. Le malade quitte l'Hôpital avant que de nouvelles radios aient pu être prises.

OBSERVATION III

(recueillie dans le Service de M. le Professeur GILLOT)

Une mauresque de 30 ans entre Salle Bouillaud, le 21 octobre 1935, avec un enfant âgé de 2 ans, gravement malade.

Cette femme, qui a été mariée deux fois, a eu de son premier mariage 4 enfants morts en bas-âge ; de son deuxième mariage, elle a eu deux enfants, dont l'aînée, âgée de 5 ans, est hospitalisée Salle Cl. Bernard pour une périostose des os du crâne, avec gomme du pariétal droit, et dont le second, âgé de 2 ans, meurt quelques jours après son entrée à l'Hôpital, dans un état de cachexie profonde avec fièvre, anémie et grosse rate.

Elle-même a vu apparaître, il y a neuf mois environ, les arthrites dont elle souffre actuellement.

Le genou gauche est volumineux et déformé. La palpation donne : une sensation de dureté osseuse sans empâtement, un léger choc rotulien, une douleur à la pression de certains points osseux. Les mouvements ne sont ni limités, ni très douloureux.

Le genou gauche est moins gros et ne présente pas de choc rotulien. A la palpation, la déformation porte surtout sur la rotule qui est irrégulière, étalée, creusée au centre.

Les cous-de-pieds sont légèrement douloureux, non modifiés dans leur aspect.

La marche est facile.

Le coude droit présente peu de signes fonctionnels mais il est déformé par une volumineuse hyperostose de la tête du cubitus.

Le coude gauche est légèrement hypertrophié, l'extension et la flexion complètes sont impossibles.

Les autres articulations sont normales.

Il existe une volumineuse et irrégulière tuméfaction osseuse au niveau du cubitus droit, et une hyperostose de la crête du tibia gauche.

Par ailleurs, la malade présente quelques ulcérations cutanées arrondies, à bords adhérents, peu profondes, recouvertes d'une croûte, entourées d'une aréole pigmentée.

La rate est très grosse, dure, non douloureuse, son bord antérieur est profondément scissuré, sa pointe descend jusqu'à la crête iliaque.

La réaction de Wassermann est fortement positive dans le sang.

La radiographie montre au niveau des os et des articulations atteintes des images de gomme intra-osseuse avec réaction périostée de voisinage. »

A la 3^e phase de l'affection s'installe un épanchement. Cet épanchement peut se constituer à bas bruit ou brusquement. Dans ce dernier cas, la jointure devient globuleuse, très augmentée de volume, surtout au niveau des culs-de-sac synoviaux. Les parties molles sont distendues, sillonnées de veines dilatées; elles ont une consistance œdémateuse, dure par places, fluctuante en d'autres; la peau est chaude; le membre douloureux, amaigri est immobilisé en contracture. L'état général est atteint. C'est dans ces phases aiguës que la tumeur blanche syphilitique ressemble vraiment à la tumeur blanche tuberculeuse, d'autant plus qu'on peut même, dans ces cas, trouver à la racine du membre une adénopathie un peu douloureuse. Mais les ganglions restent toujours arrondis et mobiles, ne présentant jamais la périadénite qui transforme en gâteau diffus les masses ganglionnai-



Figure 3. — Observation III. — Genou droit.



Figure 4. — Observation III. Genou gauche.

res au cours des poussées aiguës des tumeurs blanches tuberculeuses.

Puis, fait essentiel, ces poussées sont toujours passagères. L'articulation, mise au repos, se refroidit avec une rapidité que l'on ne constate jamais dans la tuberculose, l'adénopathie fond, la douleur disparaît. L'arthrite prend alors l'aspect qu'elle présente le plus habituellement quand l'épanchement hydarthrosique s'est constitué à bas bruit.

Sous une peau légèrement amincie où la circulation veineuse ne dessine qu'un fin réseau bleuté, l'article est globuleux, contrastant avec l'aspect du reste du membre qui paraît par comparaison très aminci; l'atrophie vraie est cependant peu marquée.

Ce sont des signes négatifs qui caractérisent à cette période l'ostéo-arthrite syphilitique et la différencient nettement de la tumeur blanche.

La palpation permet de sentir les extrémités osseuses plus ou moins augmentées de volume, douloureuses en certains point et une légère fluctuation des culs-de-sacs empâtés, parfois un choc rotulien; mais on ne sent jamais de fongosités.

Les mouvements sont naturellement limités, mais pas autant que l'on s'y attendait; dans l'ensemble, ils sont presque tous possibles et l'on est arrêté seulement dans l'extension et la flexion forcées. Il n'y a ni contracture musculaire, ni attitude vicieuse. Les douleurs sont très variables dans leur intensité. Elles sont parfois vives, spontanées, à maximum nocturne, mais restent peu modifiées par les mouvements; elles sont le plus souvent légères, estompées; et cette absence de douleur, d'impotence et d'attitude vicieuse, qui est surtout nette chez l'en-

fant, constitue l'un des caractères les plus essentiels de l'athropathie syphilitique.

OBSERVATION IV

(recueillie dans le service de M. le Professeur AUBRY).

Le 21 mai 1935, entre salle Trousseau, un jeune indigène de 18 ans, berger à Djelfa, qui présente un beau type de syphilis généralisée : articulaire, osseuse et viscérale.

A l'examen, c'est un garçon petit, maigre, pâle, d'aspect infantile (pas de poils dans l'aisselle, pas de poils au pubis).

SYSTÈME OSSEUX : présente des lésions multiples.

Au niveau du crâne, la suture bregmatique est épaisse, saillante.

Au centre de l'os frontal, on perçoit une zone irrégulière avec des exostoses; la radio y montre l'existence d'une gomme osseuse volumineuse.

Le maxillaire inférieur est petit, rentrant, comme atrophié.

La clavicule gauche est très épaissie dans son 1/3 interne, régulière.

Le tibia droit présente une crête antérieure mamelonnée, extrêmement épaissie.

ARTICULATIONS : montrent des lésions aux différents stades :

L'épaule gauche présente une cicatrice au niveau de la partie supérieure et externe de la tête humérale : un peu dure, blanche et adhérente à l'os au centre, souple, pigmentée, circonnée à la périphérie. Les mouvements sont un peu limités dans leur amplitude, non douloureux.

Le coude gauche est gros, surtout dans le sens antéro-postérieur. Il y a épaississement marqué de l'olécrâne, se continuant en bas sur la crête du cubitus; épaississement qui contraste avec la maigreur du bras. A la palpation : sensation d'hypertrophie osseuse, sans fluctuation ni fongosités. Les mouvements sont un peu limités; les douleurs, modérées, existent seulement dans les mouvements extrêmes.

Coude droit : l'aspect est le même, mais plus accentué. L'article est très gros, globuleux, il y a de la fluctuation dans les culs-de-sacs latéro-olécrâniens; les mouvements sont vite limités par la douleur.

Genou gauche : un peu élargi, un peu douloureux, sec.

Genou droit : extrêmement gros, globuleux; fluctuation dans les culs-de-sacs latéro-rotuliens; choc rotulien; mouvements li-



Figure 5. — Observation IV. — Coude droit.



Figure 3. Observation IV. Coude droit

mités et un peu douloureux; points douloureux osseux au niveau des condyles. Cependant l'impotence n'est pas absolue; le malade marche.

Une ponction articulaire retire un liquide citrin, visqueux, épais. Sa coagulation immédiate rend impossible toute analyse.

La radiographie montre des lésions profondes et caractéristiques des os et des différentes articulations malades : lésions à la fois destructives et proliférantes, touchant les épiphyses et la partie adjacente des diaphyses et ne supprimant que tardivement l'interligne articulaire.

DIFFÉRENTS APPAREILS. — Reins : Œdème des membres inférieurs et de la région lombaire aux parties déclives.

Dans les urines : 12 gr. d'albumine, quelques leucocytes, de rares hématies, pas de microbes, pas de cylindres.

Dans le sang : L'urée est à 0,31 0/00.

La tension artérielle est normale (12-6 1/2).

Rate : Grosse, dépasse de 4 travers de doigt le rebord costal; pas très dure, lisse, non douloureuse, bord antérieur irrégulier, bosselé, sans incisures nettement marquées.

Foie : Gros, surtout dans son lobe gauche, pas très dur, lisse, régulier.

Testicule gauche : Très gros, scléreux, insensible.

Cœur, poumons : Normaux.

Système nerveux : Aucune anomalie.

Le fond d'œil est normal.

La ponction lombaire ramène un L. C.R. normal

albumine.....	0,10 0/00
---------------	-----------

leucocytes.....	1,2
-----------------	-----

B.W.....	négatif
----------	---------

Sang : Bordet-Wassermann fortement positif.

Temps de sédimentation : 106.

L'Arthrite fistulisée.

Qu'elle vienne de l'os ou des tissus périarticulaires, la gomme s'ouvre bientôt dans la capsule et l'articulation se remplit progressivement de liquide gommeux. Une poussée aiguë se produit alors pendant laquelle le gonflement est extrême, la peau est enflammée et mince, la douleur spontanée très vive et réveillée par le moi-

dre mouvement. L'articulation se met en position de relâchement, en demi-flexion. Le processus gommeux englobe la peau et une ou plusieurs fistules s'ouvrent au dehors qui laissent écouler un liquide séreux, gélatineux, contenant parfois des morceaux de tissu cellulaire sphacelé semblables à de l'étaupe.

D'abord punctiformes, les fistules s'étendent souvent, se transforment en véritables ulcères gommeux dont la taille reste cependant toujours assez faible. Exceptionnellement, on peut les voir prendre une grande dimension et faire communiquer largement l'articulation avec l'extérieur comme dans une observation d'arthrite de l'épaule citée par Lacapère : même chez l'indigène, ces arthrites largement ouvertes sont exceptionnelles.

L'orifice fistuleux a, au début tout au moins, tous les caractères des ulcérations spécifiques : bords adhérents, taillés à pic, contour arrondi ou ovalaire, fond livide, bourbillonneux et charnu, ne suppurant pas ; la zone cutanée qui entoure immédiatement l'ulcération est souvent plus colorée que la peau saine ; elle environne la lésion d'un cercle brun, ou noirâtre, ou violacé. Cependant, encore que les lésions spécifiques aient peu de tendance à s'infecter secondairement, le peu de soin dont l'indigène les entoure peut parfois en modifier les caractères : un pus louche peut remplacer le liquide gommeux, une croûte recouvrir l'ulcération (observation VI).

A aucun moment on ne constate de fièvre ; l'état général reste peu touché.

Dès que les fistules se sont créées, l'articulation dégonfle, les douleurs diminuent, les mouvements redeviennent en général possibles. Certains malades, surtout les adultes, laissent cependant leur membre dans l'atti-

tude du relâchement qui leur a été favorable dans la phase aiguë et, par l'immobilité qu'ils gardent, favorisent la création d'adhérences qui limitent de plus en plus les mouvements. Le plus souvent, longtemps encore, surtout dans l'enfance, la douleur et l'impotence sont minimales et l'on peut voir ce fait paradoxal d'enfants présentant un genou profondément lésé courir et jouer comme les autres enfants. Il en était ainsi chez l'une de nos petites malades qui réalisait par ailleurs un cas très pur du type que nous décrivons.

OBSERVATION V

(recueillie dans le Service de M. le Professeur REYNAUD).

Une petite indigène de 7 ans entre salle Diday, le 2 octobre 1934, pour tuméfaction fistulisée du genou droit.

Le début de l'affection est difficile à faire préciser. Il semble remonter à plusieurs mois; mais il est impossible d'obtenir de l'enfant des renseignements précis. Elle raconte qu'elle a vu apparaître au niveau du genou une tumeur indolore qui a augmenté progressivement de volume, puis est devenue rouge et s'est fistulisée, laissant écouler un pus fétide.

A l'examen, l'enfant présente un genou droit globuleux, aux méplats effacés. La peau est tendue, lisse mais de coloration normale. La palpation, qui n'est pas douloureuse, donne une sensation d'hypertrophie dure, avec empâtement des culs-de-sac synoviaux.

A la face interne du genou, à deux doigts environ au-dessus de l'interligne articulaire existe une fistule dont l'orifice a l'étendue d'une pièce de 1 franc. Le centre en est occupé par un magma blanchâtre, épais, analogue au bourbillon d'un furoncle. Les bords en sont bourgeonnants, rouges, taillés à pic. A la périphérie, les téguments présentent sur 1 cm. 1/2 environ une pigmentation brun foncé.

La jambe est en légère flexion sur la cuisse. Les mouvements sont un peu diminués dans leur amplitude : la flexion et l'extension complètes sont impossibles. Cependant la marche est facile, non douloureuse, la course même est possible, ne révélant qu'une légère boiterie.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, pas d'adénopathie inguinale.

Il existe, d'autre part, au milieu du front, une tuméfaction rouge, fluctuante, de la grosseur d'une mandarine, surplombant le nez et le visage. La ponction ramène un liquide gommeux.

La petite malade présente quelques stigmates dystrophiques d'hérédo-syphilis : le nez est ensellé, les incisives sont crénelées.

Son état général est excellent. Elle ne présente pas de fièvre.

Dans le sang : les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont d'abord négatives. Après réactivation par quelques injections de sulfarsénol, la réaction de Hecht devient fortement positive.

La radiographie du genou montre que les lésions siègent uniquement dans l'extrémité fémorale. Elles consistent en taches claires, à contours irréguliers, mais assez nets, de la grosseur d'un pois environ, siégeant dans les condyles, à cheval sur le cartilage de conjugaison, donc à la fois dans l'épiphyse et la métaphyse, affleurant la corticale dont elles ébrèchent le contour. L'hyperostose est minime et ne se manifeste que par un mince trait de périostite doublant en dehors le contour métaphysaire.

La petite malade est mise au traitement spécifique : sulfarsénol et sirop de Gibert. La gomme frontale se fistulise d'abord, laissant échapper un liquide louche, puis se cicatrise complètement. Au niveau du genou l'amélioration est rapide. La tuméfaction diminue, les mouvements reprennent leur amplitude normale, la fistule se ferme rapidement.

Quand l'enfant quitte l'hôpital, 2 mois après, ayant reçu une dose totale de 105 cgr de sulfarsénol et ayant pris du sirop de Gibert tous les jours, la guérison est complète. Cependant une nouvelle radio pratiquée avant son départ montre que la restitution *ad integrum* anatomique n'est pas complètement obtenue : si les taches claires intra-osseuses ont disparu, il persiste un léger déchiquetage du contour condylien.

La plupart des caractères essentiels de la pseudo-tumeur blanche syphilitique se retrouvent dans cette observation : il s'agit, en somme, d'une tumeur par gonflement osseux dur, avec parfois fluctuation légère, mais jamais d'empâtement fongueux ; l'atrophie musculaire



Figure 7. Observation V. Genou droit.

est modérée, l'adénopathie absente; il y a un minimum de troubles fonctionnels : douleurs modérées et surtout nocturnes, gêne fonctionnelle minime, absence de contracture et d'attitude vicieuse; enfin absence de fièvre et de signes généraux. La fistule a les caractères de toute ulcération syphilitique.

OBERVATION VI

(recueillie dans le service de M. le Professeur AUBRY).

Il s'agit d'un jeune indigène de 17 ans qui entre salle Trousseau, le 11 juin 1935, pour arthrites du coude droit et du cou-de-pied gauche, ayant débuté environ 2 ans auparavant.

Au niveau du coude droit d'abord, est apparu un gonflement progressif et bientôt considérable, un peu douloureux, qui au bout de quelques mois se fistulise et suppure interminablement. Il y a un an, les mêmes phénomènes se produisent au niveau du cou-de-pied gauche, n'empêchant jamais la marche malgré l'intensité des désordres locaux. Il n'y a jamais eu de fièvre ni de trouble de l'état général.

Le père et la mère du malade sont bien portants. Il n'y a jamais eu de fausses-couches ni de polymortalité dans la famille. Lui-même ne signale aucun antécédent, en particulier vénérien.

Le coude droit, à l'examen, apparaît déformé, augmenté de volume. La main qui palpe perçoit une hypertrophie osseuse marquée surtout au niveau du cubitus. Il n'y a pas de fluctuation, pas de fongosités. Il existe, à la partie externe de l'articulation, une fistule adhérente à l'os, croûteuse au centre, d'où s'écoule, à la pression, un peu de pus jaunâtre, épais. La pression de l'os est douloureuse à ce niveau. Les mouvements ne sont pas douloureux, mais limités : la flexion s'arrête à 45°, l'extension ne dépasse pas l'angle droit.

Au niveau du cou-de-pied gauche, les mouvements sont à peine limités, non douloureux. Dans la région rétro-malléolaire interne, il y a une tuméfaction pigmentée, trouée de deux fistules qui suppurent.

Le reste de l'examen montre : une micropolyadénopathie avec ganglions sus-épithrochléens et sous-occipitaux; quelques lésions cutanées consistant, au niveau des jambes, en cicatrices arrondies, pigmentées et, au niveau de l'avant-bras droit,

en deux petites ulcérations recouvertes d'une croûte arrondie et entourée d'une petite aréole pigmentée.

Les autres appareils sont normaux. La rate un peu grosse, a sa pointe perceptible sous le rebord costal. La tension artérielle est à 11-6.

Dans le sang, les réactions sérologiques sont négatives à un premier examen. Après réactivation, le Wassermann et le Hecht deviennent positifs.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOMBARD).

Jeune indigène de 15 ans, entré salle Curtillet pour arthrite du genou droit, dont le début remonte à 4 mois environ.

Une tuméfaction est apparue progressivement, bientôt fistulisée, un peu douloureuse, gênant la marche sans l'entraver complètement.

A l'examen, c'est un enfant chétif, amaigri, présentant un mauvais aspect général, bien que sans fièvre et sans lésion viscérale apparente. Mais il présente de nombreux stigmates d'héredo-syphilis : le nez est ensellé, le facies vieillot. Au milieu du frontal, on remarque la cicatrice d'une gomme fistulisée. Au niveau de la partie moyenne de la branche montante du maxillaire inférieur droit, existe une cicatrice identique, pigmentée, adhérente à l'os. D'autres cicatrices se retrouvent au devant de certaines diaphyses osseuses : l'une à la partie moyenne du cubitus droit, l'autre au 1/3 inférieur du tibia gauche. A ces endroits, la palpation montre une hyperostose localisée des os, et la radiographie révèle des lésions typiques d'ostéite sclérogommeuse.

Le genou droit présente une hypertrophie considérable qui contraste avec la maigreur du reste du membre; les méplats sont effacés. A sa partie externe s'ouvre une fistule dont le fond est rouge et sanieux, les bords réguliers, adhérents; les téguments alentour sont brun violacé. Cette fistule laisse écouler de façon continue un pus jaune clair, séreux, tenant en suspension des particules plus denses.

Le palper de la jointure donne une sensation d'hypertrophie osseuse au niveau des condyles dont la pression est électivement douloureuse et, au-dessous, révèle la présence de liquide sous tension donnant une fluctuation nette et un choc rotulien.

La radiographie montre l'existence d'une tache claire volumineuse à l'extrémité inférieure du fémur, à cheval sur l'épi-

8. — Observation VIII.
Genou droit.



Fig. 9. — Observation VIII.
Genou droit.

physe et la métaphyse et affleurant en avant la corticale. Le tibia paraît intact. Pas de réaction hyperostosante.

Dans le sang, le Wassermann est positif.

Le traitement mixte au rhodarsan et au cyanure de Hg amène une amélioration rapide de l'état général et local.

OBSERVATION VIII

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOMBARD).

Petit indigène de 6 ans, hospitalisé salle Curtillet pour fistules au niveau du genou droit et de la partie externe du triangle de Scarpa.

L'histoire de la maladie et les antécédents sont impossibles à obtenir du petit malade.

L'examen montre :

au niveau du genou, des signes assez discrets: tuméfaction légère, absence de douleur, d'atrophie musculaire, limitation minime des mouvements. Sur la face interne une petite fistule donne issue à un pus fluide, peu abondant;

au niveau de la hanche : une limitation de tous les mouvements, une tuméfaction fistulisée au niveau du triangle de Scarpa, une douleur exquise à la pression du grand trochanter.

La radiographie montre :

au niveau du grand trochanter des lésions d'ostéite destructive et hyperostosante; du lipiodol injecté par la fistule antérieure rejoint le trochanter;

au niveau de la partie inférieure du fémur des taches claires trouant et déchiquetant les bords de l'épiphyse; sur la diaphyse, petite tache claire intra-osseuse et réaction hyperostosante légère alentour. L'épiphyse tibiale ne présente qu'un peu de flou dans son contour externe.

Il est pratiqué un grattage du grand trochanter, puis l'enfant est mis au traitement anti-syphilitique avec un résultat rapide et excellent.

OBSERVATION IX

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOMBARD).

Jeune indigène de 14 ans, présentant une arthrite du genou gauche caractérisée par : une hypertrophie globuleuse avec fluctuation des culs-de-sac et choc rotulien, une douleur à la pression de l'épiphyse fémorale, une mobilité conservée, une gêne à la marche sans impotence complète.

Il présente en outre des points d'ostéite au niveau de l'acromion gauche et de la partie supérieure du cubitus droit.

Le Wassermann dans le sang est positif.

La radiographie montre une destruction osseuse localisée de la partie antérieure du condyle externe du fémur, un aspect ouaté du plateau tibial interne et une décalcification diffuse des deux épiphyses.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOMBARD).

Petit arabe de 12 ans, entré salle Curtillet pour arthrite du cou-de-pied gauche.

Début il y a 3 mois et fistulisation rapide.

A l'examen, on constate une tuméfaction volumineuse du cou-de-pied, surtout marquée à hauteur des malléoles. La peau est violacée, tendue, amincie, un peu chaude à ce niveau. La consistance est d'une dureté osseuse. Il n'y a pas de fluctuation. Sur la face antérieure siège une ulcération arrondie, à bords lisses et réguliers, de la grosseur d'une pièce de 2 francs. Le fond en est rouge, suintant. Sur la face externe, un peu au-dessus de la malléole, existe une autre fistule plus petite, d'où s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent.

La radio ne montre guère au niveau des épiphyses qu'une décalcification diffuse. Mais sur les diaphyses tibiale et surtout péronière existe une périostite feuilletée typique.

Le Wassermann est positif dans le sang.

Évolution.

L'ostéo-arthrite fistulisée n'a aucune tendance à guérir spontanément. Non traitée, elle peut durer des mois et des années et la fistule suppure interminablement. A la longue pourtant la cicatrisation se fait, non sans laisser des séquelles irréparables : fracture spontanée, déformations articulaires, ankylose.

Traitée énergiquement avant la fistulisation, elle guérit rapidement; plus tard, le traitement agit plus lentement et plus incomplètement, et, s'il éteint le processus

infectieux, n'agit plus, évidemment, sur les déformations constituées.

B) — ARTHRITE ANKYLOSANTE

L'ankylose est la termination fréquente de toutes les formes d'arthrites syphilitiques.

Mais c'est ici d'une forme très particulière d'arthrite ankylosante que nous voulons parler. Elle ne semble pas avoir été décrite en France et nous n'en avons trouvé nulle trace dans la littérature, si l'on évite tout au moins de la confondre avec le rhumatisme chronique ankylosant dont elle est, par beaucoup de points, bien différente.

En pays exotique, au contraire, elle a déjà été observée. Mais, mal décrites, manquant de l'appui radiologique, les observations des auteurs sont souvent difficiles à faire entrer dans un cadre nosologique précis.

Il nous semble la retrouver dans certains des pseudorhumatismes syphilitiques décrits par Jeanselme en Indo-Chine (observation I, in : Syphilis de la presqu'île Indo-Chinoise) (1) : gonflement énorme osseux et ankylose des genoux, exostoses multiples des extrémités articulaires, toutes articulations des membres douloureuses à la pression. De même, dans l'étude récente de Pervès sur la syphilis au Hoggar, nous trouvons, à défaut d'observation précise et de radios, une photographie qui réalise presque trait pour trait l'aspect extérieur des articulations et de la peau (face exceptée) de notre malade de l'observation XI.

C'est cette forme sans doute que Lacapère a vue et décrite au Maroc sous le nom de rhumatisme syphili-

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1901.

tique (1); mais il n'en a guère observé que des formes localisées et en somme assez frustes, et nous sommes étonnée de l'entendre dire que les quelques radiographies qu'il en a faites ne lui ont rien montré de net; aussi le considère-t-il comme un rhumatisme surtout fibreux. Dans les cas que nous avons en vue, au contraire, les lésions osseuses, comme il est de règle presque générale dans l'arthrite syphilitique, priment les lésions articulaires et, par leur aspect bien spécial, que nous a révélé la radiologie, méritent une place à part dans le cadre nosographique.

L'évolution en est assez difficile à préciser, car le début est insidieux, les signes cliniques peu bruyants et l'indigène fruste en précise mal les caractères. S'il consulte à ce moment, rien sans doute ne permet de prévoir l'évolution ultérieure et le traitement mis en œuvre en arrête le déroulement. Il ne s'agit alors que d'arthralgies simples, ayant tous les caractères des douleurs spécifiques et en particulier l'exacerbation nocturne. Dans les cas encore évolutifs que nous avons pu voir (obs. XII) les signes locaux se bornaient à la douleur spontanée et provoquée par la pression plus que par les mouvements, à une tuméfaction légère, à une limitation des mouvements d'autant plus marquée que le processus est plus avancé. De longs mois, parfois des années se passent avant que l'affection n'arrive à sa période finale.

A ce moment, elle est caractérisée par deux signes essentiels : l'ankylose et les déformations. L'ankylose est le plus souvent totale. Aucun mouvement n'est possible. Le membre est immobilisé à angle droit au niveau

(1) *La syphilis arabe*, p. 347.

des coudes, à angle obtus au niveau des genoux. C'est une ankylose osseuse à laquelle la douleur et les rétractions tendineuses n'ont aucune part. Aussi est-ce une ankylose définitive sur laquelle le traitement spécifique n'a pas d'action.

Les déformations sont peu marquées et ne sont pas celles du rhumatisme chronique déformant. Il n'y a pas ces déplacements, ces subluxations, ces déjettements latéraux caractéristiques de la maladie de Charcot. Ce sont des modifications du contour articulaire dues aux hyperostoses et aux ostéophytes, d'ailleurs souvent peu volumineux : c'est plutôt une irrégularité de surface qu'une déformation vraie, sauf en certains cas où la forme de l'article est vraiment méconnaissable (observation XIII).

Deux faits achèvent de caractériser cette forme :

la prédominance aux grosses articulations;

la généralisation et la symétrie.

Certes, nous ne voulons pas dire que toutes les articulations soient ankylosées et, dans la forme la plus complète que nous ayons observée (obs. XI), plusieurs articulations étaient cliniquement indemnes ; mais le processus lésionnel qui, à son plein achèvement, aboutit à l'ankylose, se retrouve toujours à quelque degré au niveau de presque toutes les articulations. Quand l'examen clinique ne le laisse pas soupçonner, les radiographies montrent au niveau de toutes ou presque toutes les épiphyses, à un stade plus ou moins avancé, les lésions de décalcification et de bouleversement structural dont l'os est frappé.

Quand certaines jointures sont indemnes, ce sont les petites articulations ; quand elles-mêmes sont atteintes, elles le sont toujours moins que les articulations ma-

jeunes et l'ankylose totale des mains ou des pieds est vraisemblablement exceptionnelle; dans notre observation XI, seule l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce était immobile et déformée; et c'est là précisément une localisation de la syphilis si élective que Milian la considère comme presque pathognomonique (1).

Cette généralisation, toujours symétrique, pose d'importants problèmes pathogéniques. Pour toucher de façon si régulière un si grand nombre d'articles avec une telle systématisation (les diaphyses étaient intactes dans notre observation XI où toutes les épiphyses étaient prises), il faut qu'un mécanisme régulateur, s'il est permis d'ainsi parler, ait guidé la localisation de l'infection. Quel est le rôle du système nerveux ? des troubles humoraux ? des glandes endocrines ? Nous avons cherché à les mettre en évidence sans pouvoir tirer de nos recherches aucune conclusion.

Rien ne permettait d'incriminer les parathyroïdes : la calcémie a été trouvée normale ou un peu abaissée :

0,095 0/00 dans l'observation XI

0,070 0/00 dans l'observation XII.

D'ailleurs, d'après les différents auteurs qui l'ont spécialement étudié, le rhumatisme parathyroïdien se caractérise par les symptômes suivants : polyarthrite fibreuse ankylosante avec décalcification intense du squelette, dépôts calcaires périarticulaires, hypotonie musculaire, asthénie marquée, troubles trophiques importants, en un mot atteinte sévère du tissu conjonctif. Il n'en est pas ainsi dans la forme d'arthrite ankylosante que nous venons de décrire : c'est sur l'os et sur l'os

(1) Société Médic. des Hôpitaux, 24 mars 1933.

seul que porte le trouble essentiel, plus complexe qu'une simple mutation calcique.

Aucune des deux malades ne présentait de troubles génitaux.

La jeune mauresque de l'observation XII présentait quelques modifications de la peau et une légère infiltration du tissu cellulaire des jambes, mais aucun autre signe de myxœdème même fruste.

Il n'y avait d'autre part aucun signe d'atteinte nerveuse, en particulier aucun signe de tabès même léger, aucun signe sensitif ou trophique. La ponction lombaire a donné des résultats absolument normaux chez tous ces malades. Hormis la bilatéralité et la symétrie, on ne trouvait pas les signes : prédominance aux extrémités, existence de déformations, de troubles sensitifs et trophiques, sur lesquels Teissier et Roque fondent leur théorie tropho-neurotique.

Ces résultats ne font que confirmer ce que la connaissance du comportement de la syphilis chez l'indigène permettait de prévoir : de tous les parenchymes, le glandulaire et le nerveux sont chez lui les mieux respectés.

Le problème est le même que pour le rhumatisme chronique progressif généralisé. Il reste, comme lui, irrésolu.

OBSERVATION XI

*(recueillie dans le Service de M. le Professeur AUBRY;
présentée à la Société de Médecine d'Alger, le 15 mars 1935).*

Mauresque de 49 ans, entrée salle Andral le 14 décembre 1934, et réalisant un type parfait de syphilis mutilante, cutanée et ostéo-articulaire.

La malade aurait pris « la maladie » de son mari qui présentait lui-même des lésions cutanées. Celui-ci est mort, 8 ans

après son mariage, d'affection inconnue. Il n'y a jamais eu d'enfants.

C'est il y a plus de 20 ans qu'ont commencé à se manifester chez cette mauresque les lésions cutanées et osseuses. Le début s'est fait en même temps au niveau de la face et des membres, par une efflorescence d'ulcérations et de suppurations multiples et étendues.

Actuellement, phase cicatricielle.

Face : ravagée de cicatrices :

paupières rongées, éversées, laissant découvertes les cornées qui sont le siège de petites ulcérations;

effondrement des os propres du nez, perforation de la cloison; il ne reste plus qu'un petit lobule au-dessus des deux narines échancrées;

lèvres amincies découvrant une denture en très mauvais état; pas de leucoplasie buccale;

le voile du palais n'est pas perforé, la luette est intacte.

Tronc : une large partie du dos est recouverte d'une peau cicatricielle, dépigmentée, amincie.

Membres : Supérieurs : cicatrices d'ulcérations étendues, rétractiles au niveau des plis articulaires.

Inférieurs : mêmes cicatrices, marquées surtout à la jambe gauche.

Articulations : Genoux : peau mince, à légère circulation collatérale; porte à gauche la trace d'ulcérations cicatrisées, non adhérentes à l'os sous-jacent;

articles déformés dans lesquels il est impossible de reconnaître les pièces anatomiques normales, non augmentés de volume, mais à creux et saillies irrégulières hérissant le contour osseux;

les jambes sont immobilisées en flexion, l'extension n'atteint pas tout à fait l'angle droit; la malade, infirme, se traîne sur les genoux.

Coudes - Epaules : également déformés;

les mouvements de l'épaule sont normaux.

L'extension complète des coudes est impossible.

Les coudes ne semblent pas touchés.

Les petites articulations sont indemnes, sauf :

tuméfaction de l'articulation phalango-phalangienne du médus de la main gauche; déformation et ankylose de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit.

Par ailleurs : Gros ganglion sus-épithrochléen droit; micropolyadénopathie.



Figure 10 (*photo*) Le malade de l'observation XI.

11. — Observation XI.
Coude droit.

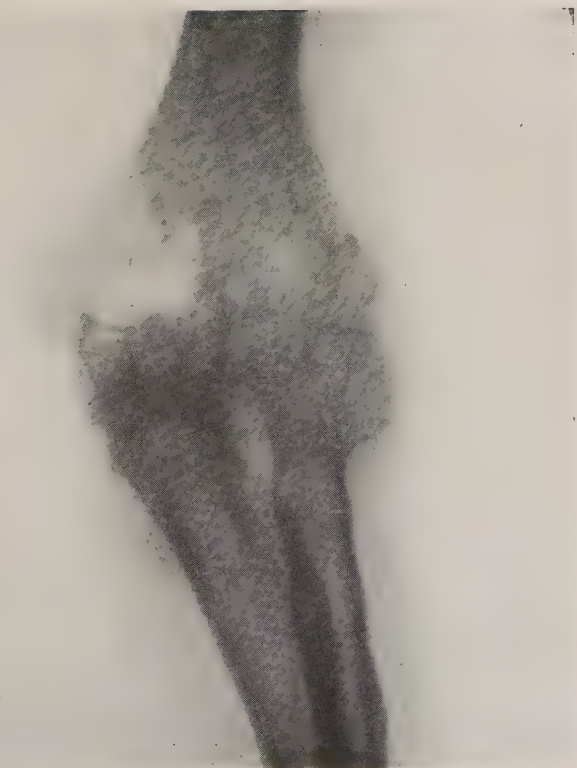


Fig. 12. - - Observation XI.
Coude droit.

3. — Observation XI.
Cou-de-pied droit.



Fig. 14. — Observation XI.
Cou-de-pied droit.



Figure 15. — Observation XI. — Poignet droit.



Figure 16. — Observation XI. -- Genou gauche.

Pas de lésions viscérales apparentes : l'examen du cœur, de l'aorte, de l'appareil pulmonaire, de l'appareil rénal, du système nerveux, les montre intacts.

Le foie et la rate sont de volume normal.

La ponction lombaire ramène un L. C. R. normal, à Wassermann négatif.

Le Wassermann est positif dans le sang.

Radios des articulations :

Les mêmes lésions se retrouvent au niveau de toutes les articulations sans exception. C'est au niveau des genoux et des coudes qu'elles sont le plus marquées et le plus typiques.

Sur un fond clair de décalcification massive et homogène se détache un fin réseau de travées osseuses : ces travées de néoformation reconstruisent la structure osseuse suivant un plan tout à fait irrégulier, ne suivant pas les directions habituelles des travées épiphysaires normales. Le contour osseux est irrégulier, déformé, hérissé de petites saillies. L'interligne articulaire est ou bien entièrement disparu, ou bien traversé de fines travées perpendiculaires soudant les deux épiphyses articulaires.

Le processus de prolifération périosté est peu marqué.

L'os dans son ensemble n'est pas épaissi : le tibia est peu touché, le cubitus et le péroné sont les plus déformés. D'autre part il existe des calcifications extra-articulaires : ligament péri-articulaire de l'épaule droite opacifié.

Un traitement anti-syphilitique poussé n'a donné, comme il était à prévoir, aucun résultat.

OBSERVATION XII

(recueillie dans le service de M. le Professeur AUBRY).

Une jeune Kabyle de 26 ans, entre salle Andral le 5 avril 1934, pour phénomènes articulaires.

Le début s'est fait il y a 2 ans par des douleurs généralisées dans les os et les jointures. Toutes les articulations sont atteintes successivement ou simultanément : grosses articulations des membres, articulations temporo-maxillaires, sterno-claviculaires, vertébrales. Les douleurs sont surtout nocturnes et assez vives pour empêcher le sommeil. Elles se calment pendant le jour et ne gênent guère les mouvements. En même temps, la malade souffre de maux de tête, de courbatures généralisées. Elle n'a pas de fièvre.

Les douleurs des petites articulations disparaissent, puis diminuent celles des grosses articulations. Mais alors commence l'ankylose des coudes qui atteint rapidement le degré actuel et s'y stabilise.

La malade a encore ses parents vivants et bien portants; un frère est en bonne santé, un autre est mort en bas-âge. Elle-même a toujours été bien portante jusqu'à il y a 3 ans. A cette époque, elle a présenté des accès fébriles avec frissons, sueurs et chaleur, pendant un an environ (paludisme ?). Elle n'a jamais eu de boutons, d'éruption d'aucune sorte sur le corps. Non mariée, elle est normalement réglée.

A l'examen, c'est une jeune fille petite (1 m. 57), au nez effondré, en lorgnette. Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche on constate : une légère leucoplasie commissurale, une langue fissurée, des dents irrégulièrement disposées mais sans incisures, ni cannelures, ni cuspides supplémentaires, un palais un peu ogival.

Sur la peau on ne trouve aucune cicatrice suspecte. Les jambes sont épaisses, un peu poilues, la peau en est luisante, infiltrée d'un œdème dur prenant difficilement le godet. Les tibias sont légèrement en lame de sabre; à la palpation leur crête antérieure est épaisse, rugueuse, irrégulière; on perçoit quelques ostéophytes au niveau des plateaux tibiaux.

Il n'y a pas d'adénopathie dans les aires ganglionnaires.

Articulations : La colonne vertébrale, les épaules, les poignets, les doigts et les orteils, les hanches, les maxillaires ont un aspect normal et une mobilité parfaite.

Le coude gauche est globuleux, les reliefs ont disparu. La peau qui le recouvre est normale. La flexion est possible. L'extension s'arrête à l'angle droit. La pronation et la supination, en partie conservées, produisent de gros craquements.

Le coude droit est complètement ankylosé à angle droit. Tous les mouvements sont supprimés. La pression provoque de la douleur dans l'interligne épicondylo-olécrânien.

Le genou gauche est un peu gros, globuleux. Les mouvements y sont d'amplitude normale et produisent de nombreux craquements fins.

Au niveau du genou droit, d'aspect normal, la mobilisation passive produit de gros craquements.

Les tibio-tarsiennes droite et gauche sont le siège d'une tuméfaction pré et rétro-malléolaire qui donne une sensation élastique. Les mouvements sont un peu limités et douloureux.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire au niveau de la cuisse ou de la jambe.

7. — Observation XII.
Coude droit.

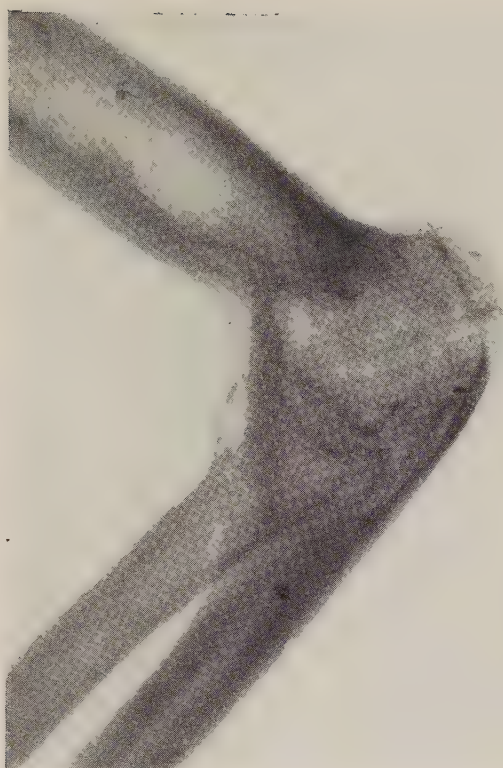


Fig. 18. — Observation XII.
Coude droit.

9). - Observation XII.
Coude gauche.

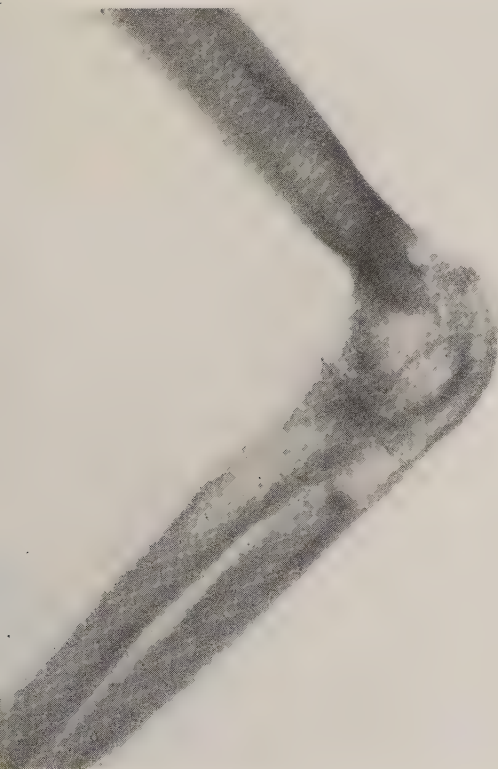


Fig. 20. - Observation XII.
Coude gauche.



Figure 21. — Observation XII. — Genou gauche.

Les divers appareils sont normaux.

Le foie dépasse de 2 travers de doigt le rebord costal. La rate est grosse, son bord inférieur dépasse de 5 travers de doigt environ le rebord thoracique.

Dans le sang : les réactions de Wassermann et de Hecht sont fortement positives.

L'urée est à 0,28 0/00.

La calcémie est à 0,070 0/00.

Le L.C.R. est normal avec Wasserman négatif.

Radiographie : Les lésions sont en tous points comparables à celles de l'observation précédente. Elles touchent à peu près toutes les grosses articulations, à un degré variable, pour atteindre au niveau des coudes leur maximum. Les épiphyses articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus sont confondues en un bloc irrégulier, hypertrophié, où tous les contours normaux ont disparu. C'est une masse osseuse très éclaircie, formée d'un fin chevelu de travées osseuses irrégulièrement ordonnées et parsemée de taches plus claires cernées de sombre. Le contour osseux est proliférant de façon anarchique, flou et déchiqueté par endroits. Les diaphyses sont irrégulièrement hyperostosées.

Nous ne doutons pas que, en l'absence de tout traitement, les arthrites de cette malade aient évolué comme celles de la mauresque de l'observation précédente et qu'à la longue toutes aient abouti à l'ankylose.

Dans le service, un traitement anti-syphilitique (rhodarsan, Quinby, iodure de K) a arrêté le processus. Les douleurs et la tuméfaction ont lentement disparu. Les mouvements ont repris toute leur amplitude, sauf au niveau des coudes où l'ankylose osseuse n'a évidemment pas été influencée.

OBSERVATION XIII

(recueillie dans le Service de M. le Docteur BENHAMOU).

Le 22 octobre 1935, une Mauresque de 41 ans est évacuée salle Maillot du Service d'Ophthalmologie où elle a subi l'opération de la cataracte.

Elle vient y achever la convalescence d'une bronchite légère contractée pendant son séjour à l'hôpital. Mais c'est vers l'aspect curieux de ses articulations que l'attention est dès l'abord attirée.

Elle-même n'attache à cette infirmité aucune importance. Elle a toujours été ainsi, dit-elle, depuis sa petite enfance et elle

s'en est toujours accommodée. Si l'on pouvait accorder une foi complète aux dires de la malade, ce fait prouverait la nature hérédosyphilitique de l'affection articulaire. Mais c'est une mauresque très fruste, dont l'interrogatoire est difficile et ses antécédents obstétricaux semblent plutôt plaider en faveur d'une syphilis acquise.

Sur 14 grossesses, en effet, les 6 premières ont abouti à 6 fausses-couches, d'abord très précoces, puis plus tardives; les 6 suivantes ont donné naissance à des enfants vivants, mais tous morts en bas-âge; les 2 derniers enfants seuls sont actuellement vivants.

Son mari est mort d'une affection qu'elle ne peut préciser.

Examen des articulations :

Les deux coudes sont fléchis à angle droit; ils n'ont qu'une très légère mobilité : 30° environ dans le sens de l'extension. Leur déformation est considérable et porte surtout sur la face postérieure : l'olécrâne, l'épicondyle, l'épitrachée ne sont plus reconnaissables au milieu d'une saillie irrégulière faite d'une hypertrophie osseuse anarchique.

Le cou-de-pied gauche est complètement ankylosé, mais non déformé; cependant l'hypertrophie de la crête tibiale à sa partie inférieure et une légère infiltration dure des tissus à ce niveau donnent à la jambe une forme cylindrique.

Le cou-de-pied droit a des mouvements d'amplitude normale.

Les genoux ont un aspect normal; leurs mouvements ne sont pas limités mais produisent quelques craquements.

Les autres jointures ne semblent pas touchées.

Radiographie : Coudes : extrémités osseuses décalcifiées, fondues les unes dans les autres; l'humérus semble avoir pénétré dans la tête du cubitus en partie détruite.

Cou-de-pied gauche : les extrémités articulaires des os de la jambe et les os du tarse postérieur sont également fondus dans une masse très décalcifiée.

Les autres articulations présentent toutes un aspect anormalement clair des épiphyses osseuses, mais les contours et les interlignes sont mieux conservés.

OBSERVATION XIV

(recueillie dans le service de M. le Professeur AUBRY).

C'est pour une tuberculose pulmonaire évolutive récente que cet indigène de 20 ans entre salle Trousseau. Mais l'examen

22. — Observation XIII.
Coude gauche.

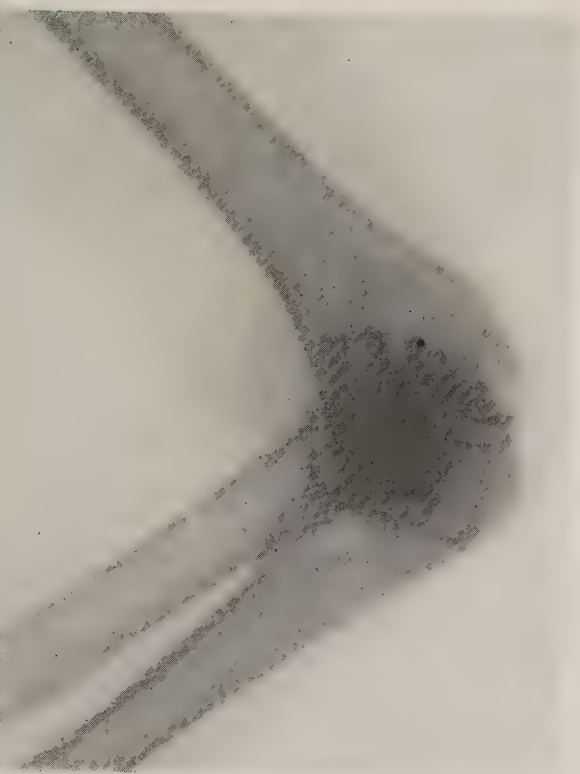
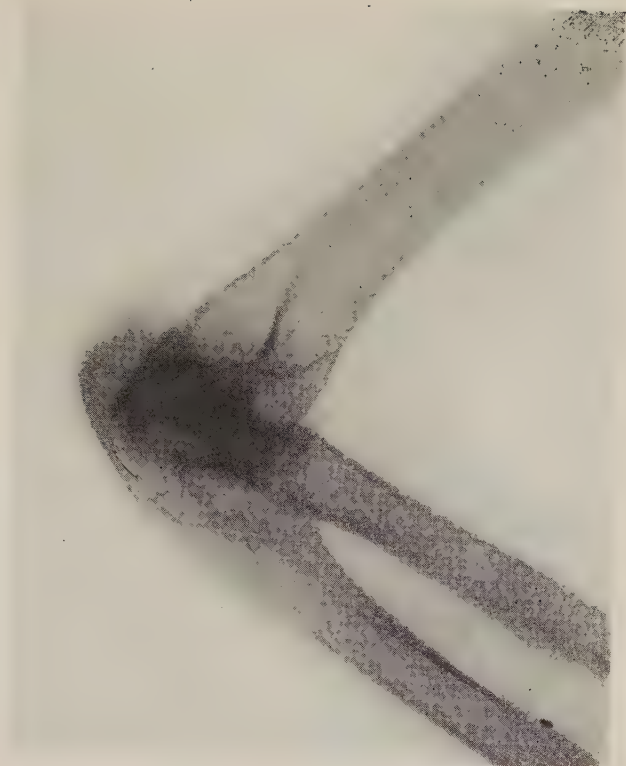


Fig. 23. -- Observation XII.
Coude droit.



Figure 24 (*photo*). — Les coudes de la malade
de l'observation XIII.



Figure 25. — Observation XIV. — Coude droit.

permet de découvrir des lésions ostéo-articulaires datant d'une dizaine d'années environ et nettement syphilitiques. Le début a été marqué par des douleurs très vives siégeant surtout aux deux coudes et aux deux genoux et ayant empêché la marche pendant un certain temps. Le processus a ensuite régressé sous l'influence du traitement administré (probablement sirop de Gibert).

Actuellement on constate : sur la jambe gauche, sur la jambe droite, au niveau du coude, des cicatrices polycycliques, dépigmentées, adhérentes au squelette.

Les articulations des genoux, des coudes ne présentent plus actuellement que des lésions d'arthrite sèche. Les mouvements des genoux, du coude gauche sont un peu limités. Le coude droit est immobilisé à angle droit.

Radiographie : Décalcification légère et bouleversement structural des travées osseuses au niveau des coudes, des genoux. Le coude droit présente l'aspect décrit à propos des observations précédentes. Les diaphyses sont entourées de manchons d'hyperostose. Le tibia est en lame de sabre, le péroné considérablement déformé.

Les caractères anatomo-pathologiques.

Ce n'est pas une étude anatomo-pathologique des arthrites syphilitiques que nous voulons faire ici. Depuis les autopsies classiques de Lancereaux, de Méricamp, de Gangolphe, des auteurs allemands, les lésions sont bien connues et nous n'avons rien à y ajouter. Nous voulons seulement résumer en quelques phrases les caractères macroscopiques ou microscopiques qui serviront à poser le diagnostic de syphilose au cours d'une intervention ou devant une biopsie osseuse ou synoviale.

1° — LÉSIONS OSSEUSES :

Elles siègent soit aux deux, soit parfois à l'une seule des extrémités osseuses, ce qui serait même la règle pour Méricamp. Elle s'étendent très souvent jusqu'à la

diaphyse, d'où part quelquefois le processus lésionnel.

La lésion primitive et fondamentale est la gomme épiphysaire. Elle forme dans le tissu spongieux une masse gélatineuse et rosée quand elle est jeune, jaunâtre, élastique, sèche quand elle est plus ancienne.

Au microscope, « cette masse est constituée par une trame fibrillaire, fine en certains points, fibreuse en d'autres. Elle contient dans ses mailles une grande quantité d'éléments cellulaires en voie de désintégration granuleuse et çà et là quelques foyers hémorragiques plus marqués à la périphérie où la vascularisation est plus active » (Gangolphe).

Autour du syphilome, le tissu spongieux est atteint d'ostéite raréfiante, creusé de tunnels et de cryptes renfermant une matière jaune pulpeuse; en d'autres points, où le travail de réparation suit pas à pas le travail de destruction, les vides sont comblés par du tissu fibreux. Il n'y a pas de séquestres appréciables, pas de suppuration.

A côté des lésions destructives gommeuses, il y a un processus de réparation spontanée et « quand ce processus de réparation reste dans les limites convenables, la guérison est complète; mais souvent il dépasse le but, il hypertrophie, il condense, il éburne la substance osseuse » (Mauriac). C'est ce mélange des lésions du processus destructeur et de celles du processus réparateur qui rend si complexes les altérations syphilitiques.

2° — LÉSIONS CARTILAGINEUSES :

Le cartilage est atteint secondairement lorsque les lésions, nées au centre, se sont ouvertes dans l'articulation. Il présente alors des érosions, des ulcérations en coup

d'ongle spéciales à la syphilis. Leur guérison laisse une cicatrice déprimée, étoilée ou en sillons, véritables rhagades cicatricielles. Parfois il a un aspect velvétique ou même villeux bien caractéristique, signalé par les auteurs allemands.

Il est toujours très adhérent à l'os sous-jacent, au contraire de ce qui existe dans les arthrites tuberculeuses (Gangolphe). Lorsque les lésions sont étendues, le cartilage peut être détruit par larges places. Il peut alors laisser à nu la caverne gommeuse ou être remplacé par un épais tissu fibreux (Schüller). Les auteurs allemands croient que dans quelques cas le début peut être cartilagineux et ils décrivent un « chondro-arthritisme ».

3° — LÉSIONS SYNOVIALES :

La synoviale est épaissie, soit en totalité soit seulement par places et ces épaississements localisés produisent des plaques de blindage ou des corps étrangers articulaires. Elle est rouge, hyperémiée.

La face interne de la synoviale peut, comme le cartilage, se couvrir en certains endroits d'une chevelure de fines villosités. On n'y trouve jamais les fongosités pulpeuses, chair d'huître, spéciales à la tuberculose. Elle ne présente ni foyers caséux, ni endartérite oblitérante. Le liquide peu abondant est clair filant, jaune d'or. Il devient purulent lorsque le foyer gommeux est ouvert dans l'articulation.

Caractères différentiels de la pseudo-tumeur blanche syphilitique et de l'ostéo-arthrite tuberculeuse :

Dans la syphilis : noyau gommeux d'aspect gélatineux ou jaunâtre dans un tissu osseux raréfié, sans séquestre, sans suppuration.

Dans la tuberculose : nécrose plus ou moins étendue avec séquestres volumineux, territoires éburnés, blancs jaunâtres, caséification étendue, suppuration.

Dans la syphilis : cartilages adhérant fortement à l'os sous-jacent.

Dans la tuberculose : ils sont décollés, flottant dans le pus, ou se détachent par la moindre pression; les ligaments sont envahis de fongosités, alors qu'ils sont d'ordinaire intacts dans la syphilis articulaire.

La synoviale tuberculeuse est épaissie, lardacée, couverte de prolongements fongueux; les productions tuberculeuses apparaissent à l'œil nu sous la forme d'un semis de granulations blanc jaunâtre.

La synoviale syphilitique est surtout vasculaire et fibreuse mais jamais fongueuse.

Tels sont les caractères de l'ostéo-arthrite syphilitique, principalement dans la forme pseudo-tumeur blanche.

Gangolphe, de ses études personnelles et de l'analyse de nombreux documents, a fait comme la synthèse de l'affection. Il a proclamé ces notions fondamentales, qui ont été confirmées depuis par les examens radiologiques : que toujours la localisation primitive a lieu au centre de l'os; — que la moelle, sous-périostique ou centrale est le siège même du processus pathologique — que c'est de l'évolution de cette ostéomyélite gommeuse que dérivent les ostéophytes, la périostite, l'arthrite et toutes les manifestations extérieures.

Les lésions sont sans doute assez différentes dans la forme ankylosante où l'évolution, l'aspect clinique et radiographique ne rappellent en rien la forme gommeuse. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire une autopsie qui aurait permis d'en étudier les éléments. Nous avons fait quelques biopsies qui, étudiées par M. Mont-

pellier, ont donné quelques indications de valeur mais, trop localisées dans l'espace et dans le temps, ne permettent de fixer ni l'évolution lésionnelle ni l'étendue des altérations. Dans l'ensemble ce qui semble prédominer, c'est la raréfaction osseuse et la réaction fibreuse.

OBSERVATION IV : La parcelle cubitale est constituée par des travées osseuses irrégulières en raréfaction et en remaniement. Elles ne contiennent pas de cellules multinucléées ostéoclasiques. Elles délimitent des cavités remplies d'une moelle adipeuse, cédémateuse et différenciée. Cette moelle abrite d'assez nombreux vaisseaux capillaires dilatés, bourrés de sang. En certains points, elle est infiltrée d'éléments inflammatoires de type lymphocytoïde et plasmocytaire, groupés en amas plus volontiers périvasculaires.

OBSERVATION XII : La parcelle osseuse, prélevée au niveau du plateau tibial, est formée de travées osseuses irrégulières en plein remaniement, sans trace d'éléments ostéoclasiques. Ces travées entourent des espaces irréguliers occupés par une moelle osseuse à peu près exclusivement adipeuse.

De grosses trainées de tissu fibreux disloquent les foyers osseux. Dans ces travées fibreuses on trouve quelques éléments cellulaires épars, ou groupés autour des vaisseaux qui présentent des lésions manifestes de panvascularite.

II. — FORMES COMMUNES.

A) — LES FORMES CLASSIQUES.

Nous serons brève à leur sujet. Arthalgies, arthrites subaiguës, fluxionnaires, hydarthroses chroniques ne présentent pas, en effet, chez l'indigène, d'autres caractères que ceux décrits par les classiques. Leur spécificité est infiniment moins accentuée. On peut noter seulement comme plus particulier à ce pays: leur fréquence

extrême aux périodes secondaire et tertiaire, la coexistence chez le même malade de manifestations articulaires de variétés différentes, la présence presque constante d'autres manifestations syphilitiques, cutanées le plus souvent, qui facilitent le diagnostic de l'affection et de sa période évolutive.

1° — Arthralgies simples.

Les arthralgies débutent de façon insidieuse. D'abord très légères, elles ont tendance à s'accroître progressivement en l'absence de traitement. Diversement décrites par les malades, ce sont des sensations de broiement, de brisure locale, parfois seulement de courbature, de chaleur articulaire. Au début de la syphilis secondaire, elles coïncident généralement avec des douleurs osseuses et quelquefois des douleurs musculaires; l'ensemble réalise la courbature syphilitique de Melchior-Robert, le pseudo-rhumatisme syphilitique de Fournier. Elles présentent cette particularité à peu près constante d'être plus vives la nuit que le jour, caractère sur lequel Fournier a le premier insisté : « La nuit, les membres sont lourds, engourdis, comme impotents. Il est impossible au patient de faire plier ses jointures. Le matin, au lever, il a une sensation de paralysie, puis la douleur s'atténue, les mouvements s'exécutent avec plus de liberté et tout disparaît en quelques heures. »

Exceptionnellement mono-articulaires, elles intéressent dans la règle plusieurs articulations en même temps. Souvent presque toutes les articulations sont endolories et comme « rouillées ». Le plus souvent touchées sont celles qui fonctionnent le plus. Ce sont, par ordre de fréquence, les épaules, les genoux, les poignets,

les chevilles, les coudes. Plus rarement les hanches, dont l'atteinte conditionne un certain degré de claudication. Les petites articulations restent le plus souvent indemnes. Cependant il peut exister des arthrites sterno-costales, sterno-claviculaires, qui, combinées à la périostite sterno-costale, donnent des troubles fonctionnels respiratoires qui ont fait croire quelquefois à une affection cardio-pulmonaire grave (Mauriac). Le malade éprouve des douleurs vives le long du sternum, au niveau de l'insertion des grands pectoraux, douleurs qu'exaspèrent les mouvements du thorax, la toux, les inspirations profondes. Il en résulte un état d'angoisse précordiale, surtout pendant la nuit qui exacerbe les douleurs syphilitiques.

OBSERVATION XV

(recueillie dans le Service de M. le Professeur AUBRY).

Marocain de 22 ans, entrant à l'hôpital pour douleurs articulaires et thoraciques.

Marié depuis 4 ans, il a eu un enfant premier-né mort à 3 mois d'hémiplégie. Son deuxième enfant, âgé actuellement de 3 ans, est bien portant. Il nie tout antécédent vénérien.

Le début des douleurs remonte à deux mois environ. Ce sont des douleurs articulaires diffuses, généralisées, plus marquées la nuit que le jour. De plus, le malade se plaint de douleurs diffuses dans la région thoracique, plus marquées lors des fortes inspirations.

A l'examen, toutes les articulations sont d'aspect normal. Les mouvements ne sont pas limités, mais sont un peu douloureux au niveau des coudes, des poignets, des genoux, des épaules. Douleur légère à la pression des extrémités osseuses. Douleur également à la pression de l'articulation sterno-claviculaire gauche et de la partie moyenne de la clavicule qui est hyperostotée. La pression de l'extrémité inférieure du sternum et de la base de l'appendice xyphoïde produit une douleur vive.

Les divers appareils sont normaux. Les poumons et les plèvres en particulier ne présentent aucune lésion ni à l'examen clinique ni à l'examen radiographique. Il n'y a pas de blennorragie. Le Wassermann et le Hecht sont négatifs dans le sang, mais le traitement anti-syphilitique (cyanure de Hg) amène une amélioration rapide des douleurs.

L'examen clinique fournit peu de renseignements: il n'existe ni tuméfaction, ni modification de la coloration des téguments, ni élévation de température locale. Les organes voisins : muscles, tendons, gaines synoviales sont indemnes ; il n'existe pas de douleur précise à la pression, les mouvements passifs ne sont douloureux que si on les exécute avec un peu de violence, en appuyant l'une contre l'autre les surfaces articulaires. L'examen radiologique reste négatif.

Au total il s'agit : de douleurs, sans signes objectifs, à exacerbation nocturne et dissipées par l'exercice. Les analgésiques habituels n'ont aucune action sur elles. Non traitées, elles persistent des semaines, des mois parfois, entrecoupées de phases de rémission passagère.

Elles peuvent, à la longue, disparaître sans séquelles ou en laissant à leur suite des craquements articulaires. D'autres fois elles ne sont que le stade préliminaire de lésions plus graves : hydarthrose, arthrites gommeuses ou ankylosantes.

Si, le diagnostic étant posé, on institue le traitement spécifique, on voit les arthralgies s'évanouir en quelques jours comme par enchantement (Fournier), parfois cependant plus lentement, après une période d'exacerbation passagère.

Les arthralgies sont une manifestation extrêmement fréquente chez l'indigène; elles constitueraient chez lui

87 % des arthropathies (Decrop et Salle). A la période secondaire, elles font partie des troubles fonctionnels prodromiques qui annoncent l'invasion de la syphilis généralisée. Elles accompagnent très souvent la céphalée et la fièvre syphilitique. Elles devancent parfois la roséole, ou au contraire coïncident avec l'éclosion des accidents cutanéomuqueux. Quand elles surviennent au cours d'un traitement déjà institué, elles posent le problème des « arthropahties syphilo-thérapeutiques » (Pineau). Il peut s'agir alors de réaction d'Herxheimer à forme synoviale, ou synovo-récidives de Paul Blum. Pour Milian, ce serait surtout un phénomène biotropique. Tzanck en fait des arthropathies « réactionnelles » et les englobe dans la classe des intolérances rhumatismales. Les arthropathies toxiques vraies sont exceptionnelles et la preuve n'en est faite que par la coexistence d'autres signes d'intoxication (arthralgies pré-ictériques de P. Chevallier). Il importe dans chaque cas de préciser la pathogénie en vue de la conduite à tenir : interruption ou intensification du traitement.

Les arthralgies tardives sont plus fréquentes encore que les douleurs secondaires; elles appartiennent aux syphilis vieilles de plus de 10 ans parfois; elles sont alors plus tenaces et moins bénignes; elles annoncent souvent une ostéo-arthrite encore latente, sont parfois suivies de troubles trophiques, de réactions tendineuses dues à l'immobilisation.

Enfin certains hérédo-syphilitiques présentent des phénomènes articulaires douloureux survenant par accès aigus, à intervalles irréguliers, qui en imposent chez un adolescent pour des douleurs rhumatismales ou des douleurs de croissance jusqu'à ce que l'action du traitement spécifique vienne faire leur preuve.

2° — Les arthrites subaiguës fluxionnaires.

Quelquefois précédées par les arthralgies, elles s'établissent le plus souvent d'emblée sous la forme qui leur est propre, c'est-à-dire sous la forme d'un rhumatisme articulaire subaigu plus ou moins généralisé : c'est le pseudo-rumatisme syphilitique de Fournier.

D'après les classiques, on ne l'observe jamais à une période éloignée de début de l'affection, mais bien dès les premiers signes de généralisation, parfois même avant leur apparition.

Cependant, il existe des arthrites subaiguës tertiaires. Lacapère constate leur fréquence au Maroc; elles sont alors plus souvent monoarticulaires que celles de la période secondaire.

Enfin, on a signalé un pseudo-rumatisme polyarticulaire au cours de l'hérédo-syphilis tardive. Le type en est l'observation de Gilbert, Bernard et Fatou (1); il a pour caractère d'évoluer par poussées successives, de frapper de nombreuses articulations, les grosses de préférence et de façon symétrique, d'y produire des troubles de modalités différentes : arthralgies simples, poussées fluxionnaires avec chaleur et rougeur; enfin de ne pas guérir franchement et de se fixer souvent sous forme d'hydrathrose bilatérale chronique des deux genoux.

Polyarticulaire dans la règle, le pseudo-rumatisme syphilitique reste parfois monoarticulaire, ne frappant que deux ou trois jointures, les grosses de préférence et surtout celles qui fatiguent le plus, c'est-à-dire : les genoux, les chevilles, les poignets, les épaules ; plus

(1) S. M. des Hôp., 14 décembre 1923.

rarement les petites articulations : métacarpo-phalangiennes, sterno-claviculaires.

Le début est assez rapide. C'est d'abord une certaine gêne dans les articulations qui, en quelques jours, se transforme en une douleur plus ou moins marquée. C'est une douleur spontanée, sensation d'endolorissement, de plénitude et de tension intra-articulaire. Elles sont plus intenses que les arthralgies simples mais présentent ce même caractère syphilitique d'être plus marquées la nuit que le jour et dans le repos que pendant les mouvements. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont tous réduits et les mouvements spontanés restent presque toujours possibles. Les signes généraux sont peu marqués : il existe parfois une légère ascension thermique le soir à 38° ou 38°5.

A l'examen, on constate un léger gonflement de la jointure et de la région environnante. La peau qui la recouvre est tendue, parfois légèrement rosée. La palpation révèle une légère élévation de la température locale et la présence d'un épanchement peu considérable avec empâtement du tissu cellulaire environnant. La pression est douloureuse sur les côtés de l'articulation, en des points qui répondent à l'insertion des ligaments, aux gaines tendineuses, aux bourses séreuses. Les synovites tendineuses coexistent en effet fréquemment avec la synovite articulaire.

Quand on cherche à mobiliser l'articulation, on est frappé de la facilité avec laquelle se fait cette exploration. On ne provoque à peu près aucune douleur, aussi les malades se prêtent-ils volontiers à cet examen, ce qui n'est pas la règle dans le rhumatisme articulaire aigu. D'ailleurs, la marche n'est pas entravée.

Une fois installé, le rhumatisme syphilitique reste

cantonné à ses localisations primitives, il n'a pas tendance à la migration, sinon très exceptionnellement (Bonnet) et, fait capital, il peut guérir sans séquelles. Non traité, il peut laisser à sa suite des craquements, des raideurs, même de l'ankylose.

Au total, c'est un pseudo-rhumatisme infectieux caractérisé par : la faible intensité des phénomènes généraux, la fixité et la limitation des lésions, l'exacerbation nocturne des douleurs, l'intégrité des mouvements ; « tous les phénomènes se tiennent dans une gamme sourde » (Mauriac). Ces caractères qui le distinguent aisément du rhumatisme articulaire aigu, n'éloignent pas beaucoup le rhumatisme syphilitique des autres pseudo-rhumatismes infectieux et en particulier du rhumatisme gonococcique. Quand, ce qui n'est pas rare, un syphilitique est en même temps atteint de blennorragie, il est difficile de décider à laquelle des deux maladies rapporter les localisations articulaires. Dans bien des cas, aucun caractère différentiel ne permet de préférer une étiologie à l'autre : le traitement d'épreuve peut alors fixer le diagnostic hésitant (observ. XIV).

3° — Les hydarthroses.

Ce sont des épanchements articulaires sans signes d'inflammation, sans lésions osseuses appréciables. « L'épanchement, dit Morestin, est cliniquement toute la maladie ».

On distinguait classiquement les hydarthroses pures, essentielles, qui appartenaient à la seule période secondaire ou à l'hérédosyphilis, des hydarthroses de la période tertiaire, secondaires à une lésion osseuse et ne jouant plus que le rôle d'un symptôme presque acces-

soire. Cependant, il ne nous semble pas que ces deux formes puissent être séparées. Car déjà l'entité pathogénique des synovites pures étaient niées par beaucoup d'auteurs et Mericamp ne reconnaissait pas la synovite syphilitique, toujours symptomatique pour lui d'une gomme osseuse ou péri-synoviale. Et, en effet, les documents radiographiques ont montré que bien souvent, dans les hydarthroses cliniquement essentielles, il existait une lésion osseuse inaperçue. Même si l'examen radiographique est négatif, on peut penser qu'il existe des altérations peu profondes et peu étendues qui n'impressionnent pas les films.

Ce fait n'avait d'ailleurs pas échappé à la sagacité des anciens cliniciens, témoin ce passage de Fournier : « Les lésions osseuses qui déterminent ces hydarthroses ne sont pas toujours grossièrement évidentes... Si bien que l'affection originelle et principale est souvent masquée par l'affection secondaire et accessoire. On voit la grosse lésion, l'hydarthrose et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion véritable, à savoir la lésion osseuse qui, de fait, est beaucoup moins apparente ».

Si donc on exclut les épanchements, minimes en général, de l'arthrite fluxionnaire subaiguë et de la pseudotumeur blanche, les hydarthroses syphilitiques sont encore fréquentes à la phase tertiaire, avec les mêmes aspects cliniques qu'à la phase secondaire, et Lacapère a montré leur fréquence au Maroc où l'identification du stade de la maladie est rendu aisée par la coexistence presque constante d'autres stigmates spécifiques.

Au cours de l'hérédo-syphilis, l'hydarthrose bilatérale des genoux, décrite par Clutton en 1886, a paru si fréquente à certains auteurs qu'ils ont proposé d'en faire,

à côté de la kératite interstitielle, de l'incisive à encoche semi-lunaire et de la surdité, un quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson (Merlier 1918 ; Cantonnet 1919). Il ne semble pas que cette fréquence se retrouve en Algérie.

L'hydarthrose touche avec une très grande prédilection les genoux, puis beaucoup moins souvent les autres grosses jointures : coudes, articulations tibio-tarsiennes, poignets.

La bilatéralité est habituelle et caractéristique. Cependant l'unilatéralité n'est pas exceptionnelle (M. P. Weil) et l'on devra alors de ces cas étudier avec plus de soin encore les caractères spécifiques de l'hydarthrose.

Elle s'installe avec une insidiosité remarquable sans douleur, sans gêne fonctionnelle. L'indolence absolue est la règle et les mouvements ne sont gênés que lorsque l'épanchement devient très abondant.

Tout se réduit cliniquement à la présence de liquide dans l'articulation : sous une peau lisse, de coloration normale, celle-ci apparaît globuleuse et distendue. Le palper produit la fluctuation des culs-desac, le choc rotulien. Quelquefois la pression d'un point osseux est douloureuse, mais il n'y a ni hyperostose des épiphyses, ni empâtement synovial. Quand les mouvements passifs sont limités ce n'est que par l'abondance de l'épanchement.

L'évolution est longue, traînante, avec des alternatives d'aggravation et de rémissions. Même quand le genou paraît s'assécher une récurrence peut se produire et prolonger indéfiniment l'affection. Cette immutabilité la distingue des hydarthroses tuberculeuses qui rétro-cèdent ou aboutissent à la tumeur blanche.

Sous l'influence d'un traitement spécifique, au contraire, elle tourne court brusquement et peut disparaître complètement.

Il s'agit en somme d'une hydarthrose souvent bilatérale et symétrique, absolument indolente, avec conservation d'une mobilité normale, à évolution longue, traînante, ou récidivante, ne donnant qu'une atrophie musculaire modérée, tous éléments permettant de la différencier de l'hydarthrose tuberculeuse ou blennorragique.

L'étude du liquide articulaire a été faite, par de nombreux auteurs. Les résultats ont été contradictoires ou trop banaux pour qu'il soit possible d'en établir la formule type.

De Grandmaison et Boidin, qui en ont pratiqué les premiers l'analyse cytologique (1902), ont trouvé de la lymphocytose; il s'agissait d'une vieille hydarthrose. Griffon et Deherain, en 1906, trouvent de la polynucléose au début, puis évolution vers la lymphocytose.

Fouquet (1913) constate de la mononucléose.

Lacapère et Laurent (1919) notent une polynucléose constante quel que soit l'âge de l'épanchement.

M. P. Weil et P. Bourgeois ont, au contraire, toujours trouvé de la lymphocytose.

A l'encontre, Gilbert, Bernard et Fatou (1923), Harvier et Baréty (1925) trouvent une polynucléose constante, presque exclusive, quelle que soit la période évolutive où est fait l'examen.

Pour Rougier, cette polynucléose existerait dans 80 à 90 % des cas au moins et ce serait là un élément assez constant pour influencer le diagnostic, en s'opposant à la formule lymphocytaire de la tuberculose articulaire.

De valeur diagnostique plus certaine sont deux autres sortes de recherches: la réaction de Bordet-Wassermann

est presque toujours positive dans le liquide d'hydarthrose et même hyperpositive (Lacapère et Laurent). Cette positivité peut aller de pair avec celle des autres humeurs (sang), mais elle est parfois isolée : d'où l'intérêt très particulier de cette recherche.

La recherche de spirochète dans le liquide articulaire a souvent été faite : parfois sans résultat (Lacapère et Laurent), parfois avec succès (Levaditi, Chesney, Kenop et Resnik) ; mais cette recherche délicate ne saurait être de pratique courante.

OBSERVATION XVI

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOMBARD).

Le 4 mars 1935, un Indigène de 10 ans entre salle Curtillet pour tuméfaction bilatérale des genoux.

Le début de l'affection remonte à un mois. Il a été très insidieux et n'a été marqué par aucun épisode aigu, ni traumatique. La tuméfaction a augmenté progressivement, sans douleur et sans fièvre.

A l'examen, les genoux apparaissent extrêmement gros, globuleux : les saillies sont effacées. Ils sont recouverts d'une peau tendue, de coloration normale, un peu chaude. A la palpation, les culs-de-sac inférieur et supérieur sont tendus et nettement fluctuants. Le choc rotulien est très net. Les mouvements de flexion sont limités à la fois par l'abondance de l'épanchement et par la douleur provoquée. La marche est gênée mais possible.

La radio des genoux ne montre aucune altération osseuse.

L'enfant ne présente aucune lésion viscérale et aucun signe d'hérédosyphilis. Le Wassermann est négatif dans le sang.

Dans le liquide articulaire retiré par ponction, les réactions sérologiques sont au contraire nettement positives (Institut Pasteur) :

Bordet-Wassermann fortement positif.

Réaction de Meinicke positive.

Réaction de Vernes : Indice : 46.

La formule cytologique est à prédominance de polynucléaires.

Le traitement spécifique institué amène une résorption rapide du liquide et une restitution fonctionnelle complète.

4° — Arthropathie déformante de Méricamp.

Méricamp, dans sa thèse (1882), a attiré le premier l'attention sur une variété d'ostéo-arthrite, spéciale selon lui à l'hérédo-syphilis tardive, dont il décrit deux cas caractérisés par l'importance des ostéophytes, l'absence d'épanchement et la limitation des mouvements de l'articulation atteinte.

Elle est faite essentiellement de la formation lente et insidieuse d'une hyperostose épiphysaire entraînant une déformation des extrémités osseuses dont le Professeur Fournier donne une description imagée : « Cette déformation est d'autant plus frappante qu'elle est irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive, qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation ostéophytique de l'épiphyse, végétation qui bourgeonne à l'aventure en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des épiphyses osseuses dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent le caractère dominant de cette variété.

Ces ostéophytes peuvent constituer des obstacles matériels à l'exercice des mouvements. D'autre part, ils ne laissent pas de réagir sur la synoviale, les cartilages, les ligaments et de créer des lésions secondaires dont l'anatomie pathologique est encore indéterminée ».

Si typique que semble cet aspect d'après la description de Fournier, peu de cas ont pu en être individualisés et certains auteurs, dont Gangolphe, refusent de lui

reconnaître une autonomie. C'est qu'en effet cette individualisation n'a aucune base anatomique, aucune étude ultérieure, en particulier radiologique, n'y a apporté de contribution, et, en clinique, l'hyperostose fait partie trop intégrante de l'ostéite syphilitique pour que son seul degré permette d'en faire une forme spéciale. Aussi voyons-nous, dans la thèse de Fouquet, que celui-ci réunit sous le titre d'ostéo-arthrites déformantes toute une série d'observations peu homogènes dont plusieurs nous semblent devoir rentrer dans des cadres différents. Son observation XCII nous paraît être un rhumatisme chronique nouveau banal dont l'origine syphilitique n'est d'ailleurs pas prouvée, l'observation XCVI donne des exemples d'arthrites gommeuses, l'observation XCVII n'est peut-être qu'une maladie de Parrot.

Nous-même, parmi les observations que nous avons rangées sous d'autres titres, en avons trouvées où l'hyperostose ostéophytique était aussi marquée et irrégulière, aussi anarchique peut-être que celle que décrit Fouquet. Mais dans les unes il s'agissait d'arthrite ankylosante (XI, XII, XIII), dans l'autre, dont nous n'avons d'ailleurs vu que la période cicatricielle, d'une séquelle d'arthrite gommeuse.

B) — LES FORMES HYBRIDES.

Il est un certain nombre de cas où l'aspect même de la lésion ne porte pas la signature de son origine et où le terrain est fait de l'association de deux ou plusieurs états morbides. Les uns constituent simplement un terrain et l'analyse des cas est alors facile, les autres pourraient être au même titre à l'origine du processus lésionnel.

1° — Syphilis et Tuberculose :

C'est pour la tuberculose et la syphilis, dans l'arthrite comme dans tous les domaines, que le problème se pose avec le plus de complexité. Il s'est posé dès le début de l'étude des arthrites syphilitiques et chacun parle du « scrofulate de vérole » de Ricord. Mais lorsque Ricord admettait l'hybridité scrofulo-syphilitique, la syphilis pour lui ne faisait que préparer un terrain spécial à l'arthrite tuberculeuse, puisqu'il ne reconnaissait pas les arthrites spécifiques : « Je n'ai jamais rencontré d'arthrites, dit-il, dans lesquelles le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe l'affection articulaire. Cette diathèse ayant porté plus spécialement son action sur le tissu compact et presque jamais sur le tissu spongieux et comme les extrémités articulaires sont presque exclusivement constituées par ce dernier élément, il n'est pas étonnant que l'on n'y rencontre presque jamais l'ostéite syphilitique. Mais si les individus scrofuleux viennent à contracter la syphilis, il peut résulter du mélange de ces deux diathèses un état mixte qui participe de l'un et de l'autre, mais qui n'est ni l'un ni l'autre exclusivement, dont l'influence se fait sentir sur toutes les maladies qui se développent, lesquelles prennent alors une marche et des symptômes spéciaux. Si chez ces individus par exemple une tumeur blanche vient à apparaître, elle présente des caractères mixtes de vérole et de scrofula contre lesquels réussiront à merveille les iodures et le Hg. »

En pratique, la question de l'association des deux grandes diathèses se pose comme une alternative :

les deux infections peuvent-elles marquer sur un organe leur empreinte anatomique de façon simultanée?

ou l'une des infections ne fait-elle que préparer la voie au virus voisin ?

En d'autres termes, chez un malade entaché à la fois de tuberculose et de syphilis et présentant une tumeur blanche, s'agit-il d'une arthrite syphilitique ou tuberculeuse sur terrain tuberculeux ou syphilitique, d'une vraie ou d'une pseudo-tumeur blanche, ou s'agit-il d'une lésion hybride ?

La question ne peut être résolue du point de vue clinique. Encore que la syphilis présente, nous l'avons vu, dans beaucoup de cas un aspect bien spécifique, elle peut simuler la plupart des lésions tuberculeuses, depuis la tumeur blanche jusqu'à l'hydarthrose et au mal de Pott, et tous les types intermédiaires existent. Jamais on ne pourra affirmer le diagnostic sur le seul aspect des lésions. Faute de toujours penser à la grande simulatrice, nombre de cliniciens, et non des moindres, s'y sont trompés. Témoin cette observation de Nicolas (1) :

« En résumé, dit-il, il s'agissait d'enfants présentant des manifestations oculaires, ganglionnaires, articulaires d'apparence scrofuleuses. Ce diagnostic s'imposait, pour ainsi dire à un premier et rapide examen et on pensait être simplement en présence d'un de ces innombrables cas de lésions scrofuleuses à déterminations multiples. Puis la constatation d'un symptôme anormal (perforation du voile du palais), orientait le diagnostic sur une nouvelle piste et permettait d'affirmer chez les deux malades l'existence de la syphilis héréditaire. Ainsi le problème se compliquait par l'introduction de ce nouvel élément. Il restait à faire le point de départ de ce qui, dans ces lésions, revenait à la syphilis et de ce que pouvait revendiquer la tuberculose.

(1) *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1905, p. 186.

Si l'on donnait à la syphilis les lésions prématurées, on était d'autre part tenté d'attribuer à la tuberculose les altérations oculaires et les manifestations articulaires. L'examen clinique imposait la dualité d'origine des lésions.

On pouvait soutenir une deuxième opinion et admettre de ces lésions hybrides mixtes, du scrofulate de vérole de Ricord.

Le traitement spécifique a montré qu'il fallait adopter une troisième opinion. En effet, chez ces malades, sous l'influence du traitement, toutes les lésions se sont amendées avec une égale rapidité, aussi bien les lésions syphilitiques que les manifestations d'apparence scrofuleuse.

L'observation des faits nous avait conduit d'abord à penser qu'il s'agissait d'adénopathies syphilitiques développées peut-être sur le terrain scrofuleux. Depuis nous croyons bien plus qu'il s'agit de lésions exclusivement syphilitiques. »

La radiologie pourra, dans bien des cas, donner des indications de valeur.

C'est toujours, en définitive, l'épreuve du traitement qui règlera la question.

Au point de vue anatomique, les documents sont peu nombreux. Le seraient-ils, il est douteux qu'ils puissent donner au problème une solution définitive. L'aspect anatomique est souvent caractéristique de l'une ou l'autre affection, mais il faudrait dans tous les cas une autopsie; la biopsie ne peut suffire, car c'est plus sur l'aspect macroscopique général que sur l'étude histologique que se fondent les différences. Il n'y a guère, au point de vue microscopique, d'élément pathognomique de l'une ou l'autre infection. En général, on ne trouve

guère à l'examen que des lésions dégénératives ou inflammatoires banales; les gomme ou les follicules sont exceptionnels. Quand des éléments plus caractéristiques existent, il est impossible d'affirmer de façon nette leur spécificité. On sait, depuis les travaux de Nicolas et Favre en particulier, que la cellule géante, jadis critérium suffisant de la tuberculose, peut se retrouver dans la syphilis (comme dans les mycoses). La valeur même de l'endopériartérite a été mise en doute par beaucoup d'auteurs (Körster, Friedlander, Cornil et Ranvier, Baumgarten, Nonne).

Un seul fait présenterait un élément de certitude : c'est la constatation simultanée de bacilles de Koch et de spirochètes dans les lésions mêmes; elle n'a, à notre connaissance, jamais été faite.

Si la question, d'ailleurs complexe, est aussi peu avancée, c'est qu'en fait, soit négligence des cliniciens, soit rareté réelle des faits, l'hybridité syphilo-tuberculeuse est rarement constatée. Nous-même, dans un pays où arthrites syphilitiques et arthrites tuberculeuses sont toutes deux fréquentes, n'en avons pas vu un seul cas. Depuis l'observation bien connue de Sergent (1), nous n'en avons pas retrouvé d'autres cas dans la littérature. Gouariantz qui, dans sa thèse (1918), s'est attaché à l'étude de cette question, n'a pu en rassembler que quatre observations, dont trois recueillies à l'étranger. Encore aucune d'elles ne lui paraît-elle prouver de façon certaine l'hybridité syphilo-tuberculeuse. Aussi conclut-il que rien ne permet, à l'heure actuelle, de résoudre la question de l'hybridité de la syphilis et de la tuberculose et que, dans les cas suspects, la nature syphilitique doit

(1) *Soc. Méd. des Hôp.*, 1905.

être admise à priori, non pas au point de vue doctrinal, qui ne peut être résolu, mais au point de vue pratique, car le traitement spécifique doit toujours être tenté.

2° — Syphilis et Gonococcie.

Le problème est le même. La coexistence des deux affections vénériennes arthropatisantes est encore plus fréquente. La question de l'hybridité ne peut guère être tranchée que du point de vue pratique.

Nous en donnons plus loin une observation. Les Docteurs P. Goinard et Piéri en ont relaté un cas significatif à la Société de Chirurgie d'Alger, le 16 février 1928. Il s'agissait d'une spondylite survenue chez un indigène au cours d'un rhumatisme blennorragique; la vaccinothérapie antigonococcique guérit les autres localisations articulaires, mais n'améliora qu'incomplètement les signes vertébraux. Un traitement anti-syphilitique provoqua une réaction de Herxheimer, une réactivation du Wassermann et guérit la spondylite.

OBSERVATION XVII

(recueillie dans le Service de M. le Docteur DERRIEU)

Indigène entrant à l'hôpital pour ulcération linguale et arthrite du poignet gauche.

Arthrite subaiguë fluxionnaire : poignet tuméfié aux saillies disparues; légère rougeur des téguments; mouvements douloureux.

La palpation donne une sensation d'empâtement et de fausse fluctuation.

Radio : très légère décalcification du carpe.

Autres articulations : arthralgies au niveau du poignet droit et des articulations métacarpo-phalangiennes.

Ulcération au milieu même de la langue, un peu en avant de la base, ayant tous les caractères d'une ulcération syphilitique.

Dans les antécédents : un chancre il y a 8 ans; une blennorragie il y a 5 ans, passée à l'état chronique; il existe encore un

léger écoulement matinal dans lequel l'examen bactériologique ne trouve pas de gonocoques.

Traitement spécifique institué (une série de novar); à la fin de la série : ulcération linguale cicatrisée, ne laissant plus qu'une cicatrice lisse, décapillée; au niveau du poignet, disparition des douleurs, de la rougeur, de la tuméfaction; il ne persiste qu'une très légère limitation des mouvements. La palpation montre une gaine synoviale tendineuse encore tuméfiée sur la partie interne du dos du poignet, donnant au doigt qui palpe une sensation de crépitation neigeuse.

Aucun caractère différentiel ne permet de préférer une étiologie à l'autre; dans l'un et l'autre cas il s'agit d'un pseudo-rhumatisme infectieux auquel les causes diverses n'impriment aucune spécificité clinique. L'action du traitement nous paraît montrer ici la prédominance du processus syphilitique.

C) — FORMES CAMOUFLEES :

LE RHUMATISME CHRONIQUE.

Au contraire des formes précédentes, pour la plupart depuis longtemps individualisées, le rhumatisme chronique syphilitique est « une manière de nouveau-né » (Dufour) en pathologie. Edmond Fournier, en 1901, avait bien déjà parlé du « rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis » et quelques auteurs après lui.

Mais c'est Dufour qui a vraiment soulevé la question en France: En 1915, il présentait, à la Société Médicale des Hôpitaux, trois malades atteints de rhumatisme chronique polyarticulaire déformant avec des réactions de Bordet-Wassermann positives et il rapportait l'histoire de six autres cas où la syphilis était attestée soit par des stigmates cliniques, soit par les réactions humorales. Plus récemment, il en rapportait d'autres, seul ou avec ses élèves, la plupart recueillies dans les thèses de Mme Geismar et de Diratzouyan; Merklen, Nobécourt et ses élèves dans l'hérédo-syphilis, Carnot et Bla-

moutier, P. Vallery-Radot et Aris, Harvier et J. Decourt, Gilbert Bénard et Fatou, Flandin, en apportent des observations démonstratives.

Cependant, l'existence et surtout la fréquence du rhumatisme chronique syphilitique sont loin d'être admises par tous; la preuve, en effet, en est difficile à faire, et ceci pour plusieurs raisons :

les lésions ostéo-articulaires produites n'offrent aucune spécificité et ne se distinguent par aucun caractère des lésions relevant de toute autre infection ou intoxication atténuée et chronique;

elles relèvent en général d'un syphilis ancienne et peu virulente, n'ayant jamais présenté de lésions apparentes, « de cette syphilis latente, froide, pourrait-on dire, évoluant à bas bruit, sournoisement, comme chez les hérédosyphilitiques ou les femmes infectées par la conception » (Dufour);

tout ce qui survient chez un syphilitique n'est pas forcément syphilitique et il faut éliminer encore tout autre étiologie possible.

A priori cependant, rien ne s'oppose à son existence : le rhumatisme chronique est un syndrome de réaction de l'appareil locomoteur au cours de beaucoup d'infections et d'intoxications atténuées ou latentes (Teissier et Roques) : la syphilis doit y avoir sa place.

On eût pu penser que la fréquence et la netteté de l'infection luétique en Algérie permettrait d'apporter un certain appoint à la question. Or, il n'en est rien, car les mêmes raisons que nous venons d'énumérer valent pour ce pays. Et de plus, chose curieuse, le rhumatisme chronique proprement dit est rare chez l'indigène qui présente pourtant à un haut degré toutes les infections qui, seules ou associées, forment le terrain étiologique

du rhumatisme chronique : gonococcie, tuberculose, syphilis, infections focales streptococciques ou staphylococciques. Il les présente presque toujours, il est vrai, sous une forme bruyante, floride, alors qu'il faut, pour faire un rhumatisme chronique, une infection atténuée et torpide agissant en sourdine et de long cours.

Nous avons observé cependant quelques cas qui rentrent incontestablement dans ce chapitre.

1° — Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique :

Nous ne décrirons pas ici cette forme bien étudiée par Dufour et ses élèves. Ce serait faire, en effet, tout le tableau classique du rhumatisme chronique, car la syphilis, nous l'avons dit, n'ajoute ni ne retranche rien à sa symptomatologie : crises douloureuses débutant par les petites articulations des mains et des pieds, atteignant plus tard et successivement les grandes articulations, pour aboutir, au bout d'un temps variable, aux déformations caractéristiques de la maladie de Charcot, qui entraînent une gêne considérable dans le fonctionnement des jointures et amènent peu à peu les malades à une impotence absolue : phalanges en zig-zag, déjettement des doigts en coup de vent, ankylose et subluxations des coudes, des genoux, des cous-de-pieds, des orteils, pieds en varus équis, gros orteil en hallux valgus.

La radiographie même n'a rien de caractéristique : épiphyses décalcifiées donnant une image grisâtre, à contours flous ; plus tard, les cartilages ont disparu, les espaces interosseux sont très réduits ou même supprimés et les extrémités osseuses ne forment plus alors qu'un seul bloc fusionné.

A côté de cette forme typique, il en existe d'autres où l'arthrite et la déformation des petites articulations sont moins généralisées et moins marquées, mais où le processus chronique touche successivement un grand nombre d'articulations, aboutissant à l'ankylose.

OBSERVATION XVIII

(recueillie dans le Service de M. le Docteur DERRIEU)

Un Indigène de 64 ans, entre salle Pasteur, le 24 août 1935, pour des douleurs dans les genoux, les épaules, les poignets, les hanches.

A l'examen du système osseux, le malade présente :

— un genou gros, déformé; le condyle interne proémine en dedans et le plateau tibial en dehors, d'où subluxation latérale; les mouvements sont peu limités et produisent des craquements; il existe un point douloureux à la pression du plateau tibial; lorsque le malade est debout, l'article est dévié en genu varum;

— le genou droit est moins déformé, les mouvements y produisent de gros craquements;

— le coude gauche est un peu douloureux lors de la mobilisation; l'extension complète est impossible (limitation à 150° environ);

— les autres articulations des membres sont un peu douloureuses mais ne présentent aucune atteinte objective;

— il existe une saillie non douloureuse à la pression au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche;

— sur la face antérieure du tibia gauche on sent une hyperostose irrégulière, allongée, non douloureuse;

— au niveau de la colonne vertébrale, on constate une cyphose à grande courbure dorsale inférieure avec lordose lombaire marquée; douleur à la percussion des épiphyses de L1 à L4.

L'examen général montre :

— au niveau du cœur, un léger éclat de 2° bruit avec une tension artérielle à 18 1/2 - 10 1/2;

— au niveau des yeux, des pupilles en myosis avec absence de réflexe à la lumière;

— les réflexes tendineux sont normaux;

— dans le L. C. R. : albumine: 0,18 0/00

cytologie : 3,1 éléments;

— des poumons et des reins normaux.

Radio :

— périostite de la partie supérieure du tibia droit et de toute la diaphyse cubitale et radiale gauche;

— au niveau du rachis, des ostéophytes de chaque angle vertébral depuis D 10 jusqu'à L 3; au-dessus et au-dessous, vertèbres en diabolo; de D 11 à D 12, becs de perroquets se rejoignant en pont;

— genou droit : structure osseuse normale et interligne intact; ostéophyte de la rotule;

— genou gauche : aplatissement du plateau tibial interne, avec interligne respecté, décalcification diffuse des deux épiphyses limitée par une ligne périostique très nette, irrégularité des contours du condyle interne : ostéophyte sur le plateau tibial et la rotule, périostite de la diaphyse tibiale;

— coude gauche : becs ostéophytiques sur l'olécrâne; périostite épaisse du radius et du cubitus;

— poignet droit : petite encoche sur le bord externe du scaphoïde; légère périostite du 3^e métacarpien;

— poignet gauche : lésion limitée de décalcification avec récalcification au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche.

Signes de syphilis :

bien que le Wassermann soit négatif dans le sang, la syphilis est prouvée :

— par l'existence d'un chancre à l'âge de 20 ans, avoué par le malade;

— par la périostite du tibia et des os de l'avant-bras;

— par le signe d'Argyll-Robertson.

2° — Rhumatismes localisés.

Le rhumatisme chronique syphilitique peut ne frapper qu'une seule articulation ou un groupe d'articulations voisines et y engendrer les lésions les plus diverses.

a) *Au niveau des grosses articulations*, on a observé des arthrites sèches, caractérisées parfois seulement par l'apparition de craquements articulaires souvent très intenses. Lorsque la symptomatologie est plus marquée, elle réalise au niveau de l'épaule le type classique du

rhumatisme scapulo-huméral, au niveau de la hanche le morbus coxae-senilis ou coxarthrie de Léri. Tantôt celle-ci succède à une poussée rhumatismale subaiguë avec gonflement léger qui s'amende en quelques semaines, tantôt, au contraire, son début se fait selon un mode absolument insidieux. Pendant plusieurs années, tout se réduit à de vagues douleurs sur lesquelles se greffent des épisodes paroxystiques. Bientôt se développe une gêne fonctionnelle croissante, d'abord à prédominance matinale, puis rendant enfin la marche impossible. Les signes physiques sont extrêmement frustes et se réduisent à peu de chose : une douleur provoquée par la pression du grand trochanter, de l'atrophie fessière avec abaissement du pli fessier, de la limitation des mouvements passifs qui font entendre des craquements. Le cliché radiographique montre toujours des malformations d'une importance disproportionnée avec ces légers symptômes; il existe une déformation extrême des épiphyses articulaires, écrasement et aplatissement des têtes fémorale ou humérale, constitution de volumineux ostéophytes intra ou juxta-articulaires, isolés puis confluents en couronne, ossification partielle des ligaments.

L'arthrite sèche du genou présente un tableau très voisin. Elle se complique quelquefois de blocage articulaire. Ce phénomène est imputable à la présence de corps étrangers articulaires dont le coincement commande un arrêt brusque et douloureux en demi-flexion.

b) *Les petites articulations* sont plus rarement atteintes par le processus rhumatismal syphilitique. Lereboullet, Saint-Girons et Gournay ont étudié la polydactylite hérédo-syphilitique du nourrisson et quelques cas d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques d'origine spécifique ont été signalés : doigts déformés en

baguette de tambour, ongles élargis et incurvés, épaissement des mains et des poignets, des pieds et des chevilles.

c) *L'arthrite vertébrale chronique syphilitique.* — Depuis qu'André Léri, un des premiers, a montré la diversité clinique et radiologique des lésions vertébrales, la syphilis du rachis a vu son domaine s'étendre et se préciser.

L'ostéite gommeuse des vertèbres était connue depuis longtemps et Mauriac décrit déjà le mal de Pott syphilitique dont Verneuil, le premier, en 1879, avait prononcé le mot. Mais parmi les faits cliniques rapportés, qui manquaient de l'indispensable base radiologique, il existait un nombre de cas assez disparates, parmi lesquels aujourd'hui on sait faire des distinctions.

Le syndrome d'arthrite chronique vertébrale syphilitique englobe au moins trois groupes différents :

1° — LE MAL DE POTT SYPHILITIQUE. — Fournier, en 1887, en donne une observation avec rapport d'autopsie détaillé et examen microscopique fait par Hayem. Il l'érige en entité morbide nouvelle.

Plus récemment étudiée dans les thèses de Feltgen (Nancy 1933) et de Gasois (Paris 1912), Quignard (Paris 1924).

Anatomiquement, il s'agit de lésions d'ostéomyélite gommeuse avec destruction des corps vertébraux et des cartilages et affaissement rachidien qui rappelle en tous points les lésions tuberculeuses.

Cliniquement : son siège est surtout cervical et sa symptomatologie est à peu de chose près celle du mal de Pott légitime. Il s'en distingue cependant par certaines nuances sur lesquelles insiste Quignard et, plus récem-

ment, Trèves et Vidal-Naquet : les douleurs présentent souvent ce caractère spécifique d'exacerbation nocturne; elles sont peu calmées par l'immobilisation; la gibbosité est rare, les abcès par congestion exceptionnels.

Les images radiologiques qui montrent des signes d'ostéoporose du corps vertébral avec disparition des cartilages et plus tard aplatissement ou effondrement du segment rachidien, n'apportent aucun appoint au diagnostic différentiel. L'origine spécifique ne peut être affirmée que par la coexistence de signes cliniques ou sérologiques de syphilis, par un examen complet des modalités cliniques et de l'évolution, par l'action du traitement.

Blanc, au Maroc, en a publié 4 cas (*Arch. de Méd. et de Pharm. militaires*, 1912), et Lacapère a observé ce syndrome chez 9 malades.

2° — LE RHUMATISME VERTÉBRAL SYPHILITIQUE. — Il peut être cervical, dorsal ou lombaire; il réalise sa forme la plus typique dans la lombarthrie d'André Leri.

Le syndrome clinique est fait surtout de douleurs : continues avec paroxysmes, localisées à la région lombaire et irradiant en ceinture ou le long du sciatique ; les lésions nerveuses secondaires, qui produisent les douleurs irradiées, expliquent aussi les atrophies musculaires, la diminution ou l'abolition des réflexes quelquefois constatées au niveau des membres inférieurs.

Provoquées par les mouvements et la pression, elles ne sont pas pourtant calmées par le repos; elles prennent, la nuit, l'allure de véritables douleurs ostéocopes et peuvent troubler le sommeil.

La raideur vertébrale est nette avec contracture des

muscles sacro-lombaires : elle s'exagère au moment des crises douloureuses.

La déformation ou bien est absente, ou bien consiste en une cyphose, une lordose, une scoliose; la gibbosité est exceptionnelle et elle est faite alors d'une tuméfaction rugueuse et irrégulière due aux hyperostoses. —

La radiographie montre les lésions caractéristiques décrites par Leri. Les corps vertébraux présentent, au centre, une transparence exagérée, soit uniforme, soit en « nid de guêpe »; les bords sont foncés, mais irréguliers, crénelés, les faces articulaires sont élargies donnant à la vertèbre l'aspect typique « en diabolo ». Le disque vertébral est souvent aminci, parfois calcifié. Des faces antérieure et latérales du corps vertébral partent des ostéophytes en crochets donnant les images pathognomoniques en « bec de perroquet » qui, se dirigeant l'une vers l'autre, peuvent se rejoindre en pont et entraîner l'ankylose.

OBSERVATION XIX

(recueillie dans le Service de M. le Professeur AUBRY).

Un indigène de 51 ans entre à l'hôpital parce qu'il présente des douleurs lombaires très violentes.

Ces phénomènes douloureux sont apparus brusquement 6 mois auparavant; en pleine rue, pendant la marche, il a ressenti une douleur brutale dans les lombes. Sous l'effet de cette douleur, qu'il compare à un coup de couteau, il s'est effondré et n'ayant pu se relever, a dû être transporté chez lui. Pendant 25 jours, le malade a dû garder le lit, puis la douleur diminuant progressivement, il a pu se lever et marcher. Cependant sur un fond douloureux atténué, apparaissaient encore, lors d'un mouvement brusque par exemple, des phénomènes névralgiques avec irradiations dans les membres inférieurs. Enfin ces jours-ci la douleur lombaire a repris son intensité première et le malade, obligé à s'aliter de nouveau, se fait hospitaliser.

Examen de la colonne vertébrale :

Malade couché : la colonne vertébrale présente au niveau de L 3 une légère angulation avec déviation latérale ; la palpation appuyée et la percussion au marteau des apophyses épineuses réveille à ce niveau une douleur nettement localisée.

Un peu plus bas et latéralement, on constate l'existence de 2 cicatrices violacées, jeunes, non adhérentes aux plans profonds et notamment au plan osseux ; elles correspondent, d'après le malade à l'ouverture et à la fistulisation de 2 abcès apparus insidieusement et sans phénomènes inflammatoires, le plus externe gros comme le poing, le plus interne 2 fois plus gros, qui auraient laissé écouler quelque temps un pus visqueux, sanguinolent et se seraient taris spontanément.

Les fosses iliaques sont libres.

Au niveau des membres inférieurs, la réflectivité est normale, il n'y a pas d'atrophie, pas de troubles de la sensibilité ; les mouvements de la hanche sont normaux, mais la manœuvre de Lasègue entraîne une douleur vive à droite.

Malade debout :

L'attitude est rigide, contractée, les muscles lombaires sont saillants. Il existe une légère cyphoscoliose de la région lombaire.

La démarche est roide, pénible et se fait à petits pas. Les mouvements de flexion et d'extension du rachis sont tous limités et douloureux ; le mouvement de ramasser un objet à terre s'accomplit avec une difficulté extrême.

Signes de syphilis :

- atrophie et insensibilité testiculaire gauche ; testicule droit gros, dur et bosselé avec trainées fibreuses vaginales ;
- ganglions sus-épitrochléens bilatéraux ;
- au niveau des membres inférieurs, cicatrices dépigmentées d'ulcérations probablement syphilitiques.

Les autres appareils sont normaux.

Une ponction lombaire donne un L.C.R. normal avec Wassermann négatif.

En résumé, ce malade présentait un syndrome lombaire pseudo-Pottique : douleur localisée avec déformation, raideur et contracture ; des cicatrices d'abcès froid pouvaient encore augmenter la vraisemblance du diagnostic de mal de Pott. Mais un examen plus approfondi montrait de nombreux stigmates de syphilis ; la collection lombaire était une gomme considérable telle qu'on les rencontre souvent à ce niveau chez l'indigène (Lacapère). La radiographie, enfin, ne montrait aucun signe de carie des corps vertébraux, mais révélait l'existence de

vertèbres lombaires en diabolos et, entre L 3 et L 4, du côté gauche, deux volumineux becs de perroquets se rejoignant en pont.

Un traitement anti-syphilitique fut institué et, avant la fin de la 2^e série de novarsénobenzol, les douleurs et la déformation rachidienne avaient entièrement disparues, la colonne avait repris toute sa souplesse.

Le malade, longtemps suivi, ne présenta plus, par la suite, aucun trouble fonctionnel. Par contre, une nouvelle radio ne montra, comme on pouvait s'y attendre, aucune modification des ostéophytes lombaires.

OBSERVATION XX

(recueillie dans le Service de M. le Docteur DERRIEU).

Un indigène de 55 ans entre salle Pasteur, le 7 juillet 1935, pour douleurs dans les régions de la colonne vertébrale et de la colonne lombaire.

Ces douleurs sont apparues il y a 5 ans et ont augmenté progressivement d'intensité, obligeant le malade à abandonner son métier de cultivateur. Elles sont plus marquées la nuit que le jour, au lit que lors des mouvements. Localisées à la nuque et à la partie médiane de la région lombaire, elles n'ont pas d'irradiations.

Dans ses antécédents, le malade signale une fièvre de type palustre (la séro-floculation palustre est très fortement positive dans son sang). Il nie toute affection vénérienne. Mais, marié deux fois, il n'a pas un enfant vivant. Sa première femme a d'abord fait une fausse couche, puis a donné naissance à un enfant mort-né. Sa deuxième femme a eu 11 enfants, tous morts en bas-âge d'affections indéterminées.

Le Wassermann est fortement positif dans le sang.

La réaction de Vernes : $DO = 21$.

Examen : Douleurs dans les genoux, sans modification de leur aspect et de leur mobilité.

Colonne cervicale : mouvements (surtout de latéralité) et percussion un peu douloureux.

Colonne lombaire : légère contracture des muscles des gouttières vertébrales, mouvements peu limités; douleur à la percussion de L 4 - L 5.

Par ailleurs : Foie et rate hypertrophiés et un peu douloureux.

Pupilles inégales et irrégulières, mais réagissant bien à la lumière.

Réflexes normaux.

Rien à signaler au niveau de l'appareil pulmonaire et cardiovasculaire.

Sur le corps, cicatrices planes, arrondies, pigmentées, de lésions cutanées.

Ganglions sus-épitrochléens bilatéraux, leucoplasie commissurale droite.

Radio : 3° et 4° vertèbres lombaires sont en diabolos avec des becs ostéophytiques.

3° — LA SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE. — La description magistrale de Pierre Marie reste classique.

Apanage presque exclusif du sexe masculin et de l'âge adulte, la spondylose débute généralement par la partie inférieure du rachis et par les hanches; puis gagne le rachis supérieur et les épaules. Dans chaque région il y a successivement de la douleur d'abord, puis de l'ankylose. Quand l'immobilisation est complète, les douleurs cessent et le malade, dont les mouvements sont considérablement gênés, prend une attitude soudée particulière, ployée en Z : l'aspect général est celui d'un « mannequin de bois » (P. Marie).

L'examen radiologique donne des résultats bien différents des images du rhumatisme vertébral. Il n'y a pas d'ostéophytes; mais on constate l'ossification des ligaments du rachis et des articulations de la racine des membres; le ligament vertébral commun antérieur est visible sur toute la hauteur et prend l'aspect moniliforme. Les os sont décalcifiés.

OBSERVATION XXI

(due à l'obligeance de M. le Docteur Pierre GOINARD).

Le 22 juin 1935, un Indigène de 32 ans entre à l'hôpital Parinet pour douleurs et gêne articulaire généralisées.

Le début de la maladie remonterait à 1924. Le malade la rattache à une chute qu'il aurait faite. Il serait tombé assis et,

quelques jours après, aurait ressenti de violentes douleurs dans la région lombo-sacrée. Il est alors hospitalisé à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, où il faisait son service militaire; il y reste 8 mois, y est traité par les rayons X et ultra-violet, puis en sort très amélioré.

Mais l'année suivante, des douleurs réapparaissent, aussi aiguës; elles siègent encore à la région lombo-sacrée, mais, de plus, irradient dans la région dorsale.

Après une nouvelle rémission, assez longue semble-t-il (4 ans au dire du malade), les phénomènes réapparaissent avec une intensité et surtout une extension beaucoup plus grandes. Les douleurs siègent non seulement au niveau du rachis, dorsal, lombaire et sacré, mais encore irradient dans les jambes, gênant considérablement la marche. Bientôt elles gagnent le cou, les épaules, les articulations thoraciques. Depuis ce moment, elles ne cessent de s'étendre et de s'accroître.

Pendant toute cette évolution, il n'y a eu aucune température, aucun trouble de l'état général, si ce n'est un amaigrissement et une pâleur assez marqués que le malade attribue à la continuité des douleurs.

Le malade ne signale rien de caractéristique dans ses antécédents personnels ou héréditaires. En particulier il nie toute affection vénérienne. Il n'a jamais été marié.

A l'examen, l'aspect des articulations apparaît normal. Mais leur mobilité est supprimée ou diminuée.

Le rachis est entièrement soudé; la flexion, l'hyperextension sont impossibles et les tentatives de mobilisation douloureuses. L'impotence est complète aussi au niveau des épaules. Elle est moindre au niveau des autres articulations, en particulier des coudes, des poignets, des hanches, des genoux. Mais les mouvements provoqués trop brusquement au niveau de ces jointures sont extrêmement douloureux.

Les petites articulations des mains et des pieds sont intactes.

Les articulations sterno-claviculaires sont douloureuses à la pression.

Le malade marche encore mais son attitude est alors typique. Il a le tronc raide, comme empalé, le cou fléchi vers l'épaule droite, les genoux un peu pliés. La démarche est lente, à petits pas, douloureuse.

Les autres appareils sont tous normaux. La respiration est courte, superficielle, parce que les mouvements respiratoires provoquent des douleurs vives au niveau des articulations de la cage thoracique.

Tous les réflexes sont normaux.

A la radio, on constate :

— au niveau de la colonne lombo-sacrée, seulement un peu de décalcification des vertèbres;

— au niveau de la colonne dorsale, le ligament vertébral commun est anormalement visible;

— au niveau du cou, les vertèbres sont floues, leur interligne mal limité; les apophyses articulaires semblent soudées en un bloc décalcifié;

— au niveau de l'épaule droite, la tête de l'humérus est éclaircie, la cavité glénoïde a des contours si flous qu'ils se fondent avec les parties osseuses adjacentes, l'interligne articulaire n'est pas visible ;

— les autres articulations (épaule gauche, hanches, articulations sacro-iliaques) présentent seulement un interligne un peu flou et irrégulier.

Il s'agit donc de lésions typiques de spondylose rhizomélique.

La nature syphilitique est prouvée, en l'absence de toute autre étiologie (blennorragie en particulier), par la présence de réactions de Wassermann et de Hecht fortement positives dans le sang.

Le traitement anti-syphilitique, mis en œuvre un peu tardivement, a été interrompu par le départ du malade. Il avait déjà produit une considérable amélioration des douleurs.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé l'étude clinique des arthrites syphilitiques. Certaines formes échappent à toute systématisation et, en pathologie articulaire comme en tout autre domaine, les formes sont infinies de celle qu'on a appelé un Protée pathologique. Nous n'avons pas décrit en particulier les formes aiguës étudiées par les auteurs de langue allemande dans la syphilis héréditaire, parce que les classiques français les nient et qu'aucune observation n'est venue nous en prouver la réalité. Nous avons d'autre part exclu entièrement de l'étude des arthrites syphilitiques les arthropathies tabétiques. Leur rareté extrême chez l'indigène, même tabétique, mise en regard de la fréquence habituelle des atteintes articulaires syphilitiques, est une objection importante contre l'opinion de ceux qui pensent que l'arthropathie tabétique n'est autre chose qu'une arthrite syphilitique dont l'allure anatomo-clinique s'est modifiée « sous le signe du tabès ».

DIAGNOSTIC

L'aspect morbide particulier sur lequel nous avons voulu mettre l'accent donne ici au diagnostic des facilités inconnues dans les pays où la séméiologie syphilitique, devenue presque absolument banale, a perdu tout signe de race.

L'ensemble des caractères qui constituent le tableau typique de la syphilis exotique est si saisissant, si pathognomique, que le diagnostic se fait à la simple vue du malade et que toute autre investigation n'a plus, dans ces cas, qu'une valeur théorique. Il n'est pas besoin de longues recherches pour établir l'étiologie des arthropathies présentées par la « lépreuse kabyle » de l'observation XI, la petite heredo au nez ensellé et au front olympien de l'observation V, le monstre dantesque de l'observation II, le vérolé total de l'observation IV.

Mais de plus en plus souvent aujourd'hui, en Afrique du Nord, cet ensemble si éclatant se défigure, se ternit ou s'efface. De cette efflorescence, il ne restera plus bientôt que des vestiges locaux que seule une analyse minutieuse parviendra à spécifier. Déjà l'examen clinique devient plus subtil, la recherche des antécédents et des stigmates plus délicate, les investigations de laboratoire plus nécessaires. Toutes les disciplines habituelles devront être mises en œuvre : clinique, radiologique et de laboratoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

1° L'examen local :

Nous ne reviendrons pas sur les signes cliniques des arthropathies que nous avons analysés en détail dans le chapitre précédent. Il n'en est pas qui soit absolument pathognomonique. L'ensemble cependant, surtout dans la forme de pseudo-tumeur blanche ou d'arthrite ankylosante, constitue un complexe que la tuberculose, la gonococcie pourront bien imiter, mais non réaliser. Presque toujours le trait spécifique existe, accusé par quelques particularités plus ou moins appréciables :

— l'atteinte plus osseuse qu'articulaire;

— la pauvreté des phénomènes douloureux, à prédominance nocturne, contrastant avec l'importance des lésions;

— la mobilité paradoxale;

— les caractères généraux de l'évolution :

longue durée, ténacité de l'affection, d'ailleurs bien supportée;

— multiplicité et polymorphisme des lésions, fréquente et presque pathognomonique; ces foyers multiples sont symétriques, sans que cette symétrie implique toujours l'identité des lésions anatomiques; si l'hydarthrose bilatérale des genoux est habituelle, il est fréquent aussi de voir une hydarthrose d'un genou par exemple et une tumeur blanche de l'autre genou; elle n'implique pas non plus la dépendance absolue, et l'alternance paraît être encore un des caractères spéciaux à la syphilis.

2° Signes généraux de syphilis.

Leur recherche comporte :

- l'étude des antécédents;
- la recherche des stigmates.

La première investigation est de peu de valeur chez l'indigène. Fruste et rude, s'analysant mal, ne se soignant guère, il ne peut donner le plus souvent aucun renseignement de valeur. Le chancre, qui peut d'ailleurs remonter à la petite enfance et dont il ignore la signification, est passé chez lui inaperçu ou est confondu avec un chancre mou, d'autant plus qu'il est très souvent mixte. L'état pathologique familial est toujours d'une complexité impossible à débrouiller. Les avortements chez la femme, paludéenne, souvent surmenée, exposée aux traumatismes, ont de multiples significations. La polymortalité infantile est si fréquente qu'elle perd toute valeur indicative.

Il est vrai que cette absence de renseignements fournis par l'interrogatoire est amplement compensée par ceux que donne l'examen objectif. Il est rare de ne pas trouver, chez un malade présentant une arthropathie, un autre stigmate syphilitique, en évolution ou cicatriciel, cutané, muqueux, osseux, ganglionnaire, plus rarement viscéral. Chez l'enfant on retrouve les signes classiques de l'hérédo-syphilis : la triade d'Hutchinson, les déformations du nez, du front, du palais, les tibias en lame de sabre, les troubles du développement.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il doit être fait pour chacune des grandes formes que peut affecter la syphilis articulaire.

1° Arthrite subaiguë fluxionnaire :

La confusion avec le *rhumatisme articulaire aigu*, sur laquelle insistent tant les classiques, ne nous paraît guère possible. Le rhumatisme articulaire aigu a l'allure d'une maladie infectieuse. Ses arthrites présentent des caractères de généralisation, de mobilité, de fugacité qui sont absolument caractéristiques. Même dans ses formes frustes, elles sont toujours beaucoup plus douloureuses que celles du rhumatisme syphilitique; les mouvements réveillent la douleur que calme au contraire le repos; il y a de la fièvre et des sueurs. Lorsque, sa nature étant méconnue, le processus dure ou se reproduit, les complications cardiaques viennent y mettre leur signature. Tous ces caractères s'opposent à la douleur modérée, à périodicité nocturne manifeste, à la liberté des mouvements, à la ténacité des arthrites syphilitiques.

Au surplus le rhumatisme articulaire aigu est fort rare chez l'indigène. Rencontré parfois chez le Kabyle, il n'existe pour ainsi dire pas chez l'Arabe : c'est là un point bien observé par les cliniciens de l'Ecole algérienne (Aubry).

Il n'en est pas de même des *pseudo-rhumatismes infectieux* et en particulier du *rhumatisme gonococcique*, dont la fréquence, au contraire, est extrême. Celui-ci, par surcroît très polymorphe, devra être discuté à toutes les étapes de la clinique. Ce sera surtout un diagnostic positif basé sur l'existence d'une blennorragie, la positivité de l'intra-dermo-réaction spécifique, la gonoréaction, la radiographie. Les formes hybrides sont fréquentes (obs. XVI).

2° Hydarthroses.

La notion d'accident peut seule faire poser le diagnostic d'*hydarthrose traumatique*. Or c'est une notion bien imparfaite qui manque de valeur en de multiples circonstances : ou le traumatisme a été trop minime pour que le malade songe à le signaler ; ou bien, au contraire, la manifestation morbide est beaucoup trop volontiers rapportée par lui à un traumatisme antérieur sans signification étiologique ; dans certains cas enfin, le traumatisme peut appeler la fixation au niveau d'une jointure d'une syphilis latente (hydarthroses syphilo-traumatiques de Broca).

Le diagnostic d'*hydarthrose protéinique* se pose trop rarement pour présenter un intérêt pratique immédiat. L'*hydarthrose* survient à la suite d'une injection de sérum ou de vaccin, d'une transfusion sanguine, de l'absorption massive d'albumines étrangères, de résorption d'albumines endogènes ; elle s'accompagne fréquemment d'éruption à type urticaire ou eczémateux, d'autres signes de diathèse colloïdo-clasique.

L'*hydarthrose gonococcique* peut survenir longtemps après l'infection génitale. Il s'agit le plus souvent de « pyarthroses atténuées » (Mondor), à liquide louche plutôt que citrin et à prédominance de polynucléaires plus ou moins altérés. Elle est moins torpide que l'*hydarthrose* syphilitique, marquée par des douleurs plus diurnes que nocturnes, une impotence fonctionnelle nette. L'évolution est plus grave, entraînant rapidement de l'amyotrophie et de l'ankylose.

Reste le gros diagnostic qui est celui de l'*hydarthrose tuberculeuse*. Les nuances cliniques que nous avons analysées ailleurs ne serviront le plus souvent de rien.

Même la bilatéralité est possible dans la tuberculose comme l'unilatéralité dans la syphilis. La ponction exploratrice fournit souvent, au contraire, des renseignements très précis :

Dans l'hydarthrose tuberculeuse le liquide est clair, citrin, à formule surtout lymphocytaire; quand l'hydarthrose évolue vers la tumeur blanche, le liquide devient louche et s'enrichit en polynucléaires. Il tuberculise toujours le cobaye.

Dans l'hydarthrose syphilitique, le liquide est très visqueux, coagulant parfois rapidement; sa formule cytologique est à prédominance polynucléaire; le Wassermann y est toujours positif, même lorsqu'il est négatif dans le sang.

3° Pseudo-tumeur blanche.

Le diagnostic peut en être presque évident; il peut être, au contraire, très difficile, lorsqu'il n'existe aucune autre manifestation syphilitique actuelle ou cicatricielle.

Il est des diagnostics d'exception : ce sont l'ostéosarcome, les arthrites hémophiliques, les arthrites mycosiques. Il en est un qui devra toujours être posé et sera souvent difficile à résoudre : c'est celui de la tumeur blanche tuberculeuse.

Le début de l'*ostéo-sarcome* est marqué par des douleurs d'une extrême vivacité. Elles s'atténuent à la période d'état, mais alors l'extrémité osseuse est si volumineuse, recouverte d'une peau chaude à réseau veineux développé, que la tumeur ne fait plus de doute. Elle est localisée à un seul os et le jeu articulaire n'est gêné que très tardivement, à une époque où le teint terreux, l'amaigrissement, la perte de forces signalent la malignité.

L'arthropathie hémophilique débute par des hémarthroses à répétition qui peuvent être prises pour l'hydarthrose récidivante de la syphilis. Elle aboutit à l'arthrite déformante et ankylosante. A ce moment, la radiographie montre des lésions importantes : aplatissement des condyles, agrandissement de la gorge intercondylienne, bords articulaires érodés et irréguliers, exostoses marginales, subluxation du tibia en arrière. L'erreur serait facile si ne se présentaient spontanément au devant de l'observateur les symptômes héréditaires de la tare sanguine. Dans les formes frustes et sporadiques, elle sera presque inévitable, avec tous les dangers que peuvent comporter ses conséquences : ponction ou intervention.

Les arthrites mycosiques sont exceptionnelles et presque toujours secondaires à des ostéites ayant déjà envahi tout un segment de membre. Elles ont alors un aspect bien typique et de diagnostic facile (pied de Madura). Cependant, dans certains cas d'ostéo-arthrite à caractères atypiques, il faut rechercher l'infection par le champignon à laquelle on ne pense pas toujours assez. L'examen du pus peut être révélateur s'il montre les « grains » jaunes, blancs ou noirs caractéristiques. Le plus souvent il faudra avoir recours à la culture en milieu de Sabouraud, ou en anaérobie pour les Actinomycoses. Le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium sera peu significatif puisqu'il est actif dans l'une et l'autre des affections suspectées.

Ce n'est pas sans raison que Richet avait appelé *tumeur blanche* cette forme d'arthrite syphilitique. L'aspect général des deux lésions est très proche et les différences sont toutes de finesse. Sur la tumeur blanche tuberculeuse, plus régulièrement globuleuse, le réseau

veineux est plus marqué. A la main qui explore, elle donne une sensation de gonflement inégal, dur en certains points, d'empâtement fongueux en d'autres. Dans la pseudo-tumeur blanche syphilitique, le gonflement donne par endroits une sensation de dureté osseuse et, en d'autres, de fluctuation nette et vraie. Il n'y a jamais de fongosités; mais c'est là un symptôme qui, pour constant et pathognomonique qu'il soit, n'est pas toujours facile à apprécier et, comme le font remarquer justement Ménard et Mozer, il n'est pas de main, si exercée soit-elle, qui puisse savoir avec certitude ce que contient une synoviale épaissie. L'engorgement ganglionnaire, constant dans un cas, est rare dans l'autre. Les orifices fistuleux présentent des caractères différents, spécifiques de leur origine: à bords minces décollés, violacés, irréguliers dans la tuberculose, et laissant suinter un pus sanieux et mal lié; dans la syphilis, un orifice régulièrement arrondi, adhérent, à fond livide ou charnu, suppurant peu.

Les douleurs dans l'arthrite tuberculeuse sont constantes, spontanées et s'exagèrent aux moindres mouvements de l'articulation. Le malade immobilise son membre dans la position qui favorise le moindre mal et ainsi se produisent les contractures et les attitudes vicieuses. Dans la syphilis, les mouvements n'étant que peu douloureux restent longtemps libres; il n'y a ni contracture ni attitude vicieuse; les douleurs spontanées sont peu vives et sont surtout nocturnes.

L'état général du syphilitique est, dans la règle, peu touché. Dans la tuberculose, au contraire, le malade est souvent fébrile, anorexique et amaigri. Et enfin, tout compte fait, il sera nécessaire d'avoir recours aux mé-

thodes de laboratoire, à la radiographie, à l'épreuve du traitement.

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE.

1° Les épreuves sérologiques.

La réaction de Bordet-Wassermann, d'un usage général, est l'épreuve à laquelle on aura le plus souvent recours. Ce n'est pas ici le lieu de discuter sa valeur intrinsèque. Certes, sa positivité n'établit pas de façon certaine la nature des manifestations articulaires : tout ce qui survient chez un syphilitique n'est pas forcément syphilitique. Cependant, quand tout le complexe clinique est favorable à cette étiologie, la réponse du laboratoire vient y apporter un appoint que l'on peut, en pratique, considérer comme décisif. Mieux encore quand on aura pu la faire doubler par la réaction de Hecht ou la réaction de Vernes qui, plus sensibles et moins spécifiques, n'ont pas, par elles-mêmes, de valeur absolue.

Les résultats positifs sont infiniment plus fréquents chez l'indigène non traité que chez l'européen. Quand la réaction est négative, ce qui est fréquent, en particulier, dans l'hérédo-syphilis, elle est assez facilement réactivée. Reste-t-elle négative, le fait n'infirme pas l'origine syphilitique prouvée par un ensemble clinique, radiologique, thérapeutique.

La réaction de Bordet-Wassermann doit être pratiquée chaque fois qu'il est possible, dans le liquide d'hydarthrose. Sa positivité prend alors une signification très grande.

2° Recherche directe du tréponème :

D'un usage exceptionnel, elle a une valeur scientifique absolue.

Certains auteurs l'ont pratiquée avec succès dans le liquide d'hydarthrose.

Les travaux récents de Hoffmann, de Ichikawa et Okano ont montré l'utilité de cette recherche dans les ganglions superficiels : elle serait positive dans 88 % des cas de syphilis latente précoce, dans 33 % de syphilis latente tardive; elle est toujours négative dans la syphilis héréditaire.

3° Examens anatomiques.

L'ostéotomie exploratrice et la biopsie articulaire peuvent rendre des services. C'est plus sur l'aspect macroscopique lui-même qu'on devra se baser que sur l'examen histologique qui donne bien rarement une certitude absolue : le plus souvent on ne trouve aucune lésion spécifique;

— parfois : véritables petites gommès dans la synoviale (Lenti, après synovectomie double) ; de même, Bruno-Bosse (1906) a examiné trois synoviales d'hydarthrose et a trouvé des gommès miliaires et des lésions vasculaires accentuées, parfois oblitérantes, deux altérations qu'ils considèrent comme caractéristiques.

Dans les biopsies épiphysaires que nous avons fait faire, aucune formation histologique caractéristique ne permettait de formuler un diagnostic étiologique précis.

4° Inoculation au cobaye.

Elle permettra dans les cas douteux, de rejeter avec certitude toute participation du processus tuberculeux.

Encore certaines règles précises devront-elles être observées pour que les résultats de l'inoculation aient une valeur absolue. Le pus des arthrites tuberculeuses est un pus pauvre en bacilles, qui donne au cobaye une infection à marche lente identique à la tuberculose expérimentale paucibacillaire. Il faut donc injecter une quantité suffisante de pus et attendre avant de sacrifier le cobaye 3 ou 4 mois environ.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE.

Quelques notions simples servent classiquement au diagnostic radiologique de la syphilis osseuse et à sa différenciation d'avec la tuberculose :

1° — la syphilis aime les diaphyses, la tuberculose les épiphyses;

2° — la syphilis est à la fois destructive et constructive, la tuberculose détruit et ne construit pas;

3° — la tuberculose guérit par ankylose, la syphilis peut aboutir à la restitution *ad integrum* sous l'influence du traitement.

Il n'est pas une de ces notions dont la valeur ne soit contestable. Le problème est en réalité beaucoup plus complexe. Radiologiquement, comme cliniquement, la syphilis peut affecter des aspects multiples. Il faut, pour les identifier, une étude minutieuse. Nous nous appuierons pour le faire sur les études classiques, d'ailleurs peu nombreuses, et sur les multiples documents radiologiques que nous avons pu recueillir.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La rareté en Europe des arthrites syphilitiques a sa répercussion dans ce domaine. Quand on parle des stigmates radiologiques de la syphilis, il s'agit toujours de la syphilis des os longs. Les symptômes proprement articulaires n'ont fait l'objet que de rares travaux; les études d'ensemble ne sont pas nombreuses. Dans l'Atlas de radiologie osseuse de Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine, si parfaitement documenté par ailleurs, il n'existe pas une seule image d'arthrite syphilitique, et l'on n'en trouve dans la littérature que des iconographies fragmentaires.

Les arthropathies syphilitiques ont pourtant, au point de vue radiologique, une autonomie bien marquée vis-à-vis de la syphilis osseuse dont elle n'est pas seulement une forme clinique régionale. Il y a, dans beaucoup de cas, une systématisation véritable des lésions au niveau des épiphyses. D'autre part, les images radiologiques y ont des aspects particuliers qui tantôt, par leur analogie avec ce que l'on sait classiquement des lésions de la syphilis osseuse, orientent le diagnostic et qui tantôt, par leur atypie, le déroutent.

Il est d'abord une notion importante à mettre en évidence au début de cette étude : il n'y a aucune proportion entre l'intensité des images radiologiques et des symptômes cliniques. Parfois, avec une sensation tactile de grosse hyperostose, la radiographie ne montre rien, ou montre peu de chose, ou seulement des lésions des-

tructives. C'est que les tissus osseux de néoformation sont longtemps perméables aux rayons. Plus souvent c'est l'inverse qui se produit, et l'on est étonné, en face de symptômes physiques et fonctionnels peu marqués, de trouver des lésions osseuses dont l'importance et l'étendue dépassent ce que l'on est habitué de voir, à gravité égale, dans les arthrites d'autre nature.

Nous analyserons d'abord les différentes images élémentaires que l'on peut rencontrer, puis nous verrons comment elles se répartissent ou se juxtaposent pour constituer les différentes formes radiologiques.

1° — LES IMAGES ÉLÉMENTAIRES.

a) Les images de lésions destructives :

La gomme épiphysaire

Sur une épiphyse, par ailleurs normale, on trouve une petite tache ovalaire, plus claire que le reste de la substance osseuse, mais d'une teinte non homogène, parfois pommelée. Alors que dans la diaphyse le foyer clair est souvent circonscrit, serti par une circonférence opaque, dans l'épiphyse le processus hyperplasique n'accompagne pas toujours le processus destructeur. Les contours en sont alors peu nets, irréguliers, mal délimités et se fondent souvent dans la spongiosité avoisinante.

La tache claire peut siéger en pleine épiphyse. Parfois, elle est à cheval sur le cartilage de conjugaison, empiétant à la fois sur le diaphyse et l'épiphyse. Le cartilage conjugal, ainsi que le fait remarquer Ménard, ne forme pas ici, comme dans la tuberculose, une barrière à l'ex-

tension des lésions; même dans les cas épiphysaires les mieux localisés, celles-ci empiètent souvent de l'autre côté du cartilage, sur la diaphyse (fig. 7).

Pour qu'il y ait arthrite, il faut que la gomme atteigne et détruise le cortex. Les gommes marginales se traduisent tantôt par une lacune faite comme à l'emporte-pièce, tantôt et plus souvent par une perte de substance irrégulière, une érosion cratériforme rongant le bord de l'os ou déchiquetant le contour (fig. 4).

Ces taches sont uniques ou multiples. Elles sont parfois très nombreuses, surtout dans la première enfance (Péhu), traduisant alors une véritable ostéomyélite gommeuse : on voit une série de taches claires, irrégulières, séparées les unes des autres par un dessin osseux normal, qui infiltrent parfois tout l'os en lui donnant l'aspect d'un bois vermoulu et peuvent aboutir à la destruction complète de l'épiphyse (fig. 8 et 9).

L'ostéoporose.

Il n'y a pas de destruction marginale, l'os a conservé un contour assez régulier, mais sa structure est profondément modifiée. L'os, éclairci dans l'ensemble, n'a cependant pas un aspect flou. C'est qu'à côté des images claires d'ostéite raréfiante existent presque toujours des images foncées d'ostéite condensante. Ce mélange d'éburnation et de raréfaction était considéré par Ollier comme un des caractères saillants des lésions syphilitiques osseuses. Parfois alternent de petites taches claires et foncées donnant à l'os un aspect pommelé ou « en peau de léopard ». D'autres fois, les petites zones claires sont serties par un contour opacifié. D'autres fois enfin, sur un fond de décalcification massive, une nouvelle

trame fibrillaire sillonne l'épiphyse, lui reconstituant une structure atypique (obs. XI et XII).

b) Les images de lésions productives.

La périostite ossifiante

C'est au niveau des diaphyses qu'elle est le plus caractéristique, mais elle se rencontre aussi, dans les arthropathies, sur les condyles fémoraux et la tête du cubitus.

Au niveau de la diaphyse, la périostite réalise le fuseau typique. Dans les cas légers ou surpris au début, les bords de l'os sont soulignés par un trait fin encore peu opaque qui double la corticale. On dirait que le profil de l'os a été suivi au crayon (observation IX).

Plus tard, à mesure que l'affection évolue, à cette bande qui se fonce peu à peu, viennent s'adjoindre d'autres bandes qui élargissent le fuseau qui peut ainsi atteindre une épaisseur considérable. Ces épaisissements superposés constituent de grandes stries longitudinales, parallèles à la corticale, qui donnent à l'image un aspect feuilleté caractéristique dont on peut compter les stratifications (jusqu'à 7 dans une observation de Chenet). Au maximum, la diaphyse est entourée dans un manchon opaque plus ou moins épais, dans une véritable gaine que Fraenkel a pu comparer à un sarcophage.

La périostite ne se présente pas toujours suivant un aspect rigoureusement symétrique par rapport à l'axe de l'os. La gaine osseuse est souvent, au contraire, asymétrique, plus saillante d'un côté que de l'autre, quelquefois plus ou moins irrégulièrement bosselée. C'est sa localisation à la face antéro-interne du tibia qui produit la déformation de cet os en « fourreau de sabre ».

On retrouve ces stratifications dans les régions épiphysaires, formant des épaisissements dont la forme est variable suivant l'os envisagé. Elles suivent avec prédilection le bord supérieur des condyles fémoraux et la tête du cubitus. En général elles se trouvent au voisinage du foyer de gomme osseuse. Mais la périostite perd bientôt à ce niveau son aspect régulier et se noie dans la prolifération exubérante des ostéophytes.

La périostite ossifiante est considérée avec raison comme un caractère spécifique de syphilis osseuse. Tout d'abord, certaines de ses localisations sont pathognomoniques : tibia renflé « en fourreau de sabre », humérus « en cordage de navire », clavicule hyperostosée dans son tiers interne. La périostite de l'ostéomyélite ne saurait prêter à confusion : elle est considérable, grossière, désordonnée, bosselée ou déchiquetée ; elle entoure des cavernes irrégulières contenant de gros séquestres. La périostite tuberculeuse se localise aux os courts où elle constitue le *spina ventosa* dont l'image est alors rigoureusement semblable à celle que donne la dactylite syphilitique. Mais on la rencontre si exceptionnellement au niveau des épiphyses que sa présence dans une arthropathie doit faire rejeter le diagnostic de bacillose. Mauclaire, dans le chapitre « Tuberculose articulaire » du Traité Le Dentu et Delbet, reproduit une radio de tumeur blanche du genou et du cou-de-pied avec hyperostose du fémur et du tibia et remarque que celle-ci est tellement exceptionnelle dans l'ostéotuberculose, qu'il se demande s'il ne s'agirait pas, dans ce cas, de syphilis. On la rencontre cependant assez souvent dans la tumeur blanche du coude, au niveau de la tête du cubitus. C'est que le *spina ventosa* de l'extrémité supérieure de cet os est une forme de début fréquente

de la tumeur blanche du coude chez l'enfant (Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine). Mais la périostite reste toujours légère, entourant d'un manchon transparent, à peine plus dense que les parties molles environnantes, une épiphyse où le processus bacillaire produit bientôt des lésions typiques: séquestration, abcédation, destruction du cartilage et déformation de la surface articulaire en lèvre de tapir.

Les ostéophytes

Ils sont constitués par des proliférations irrégulières hérissant le contour épiphysaire. Au début, ce sont des formations exubérantes, floues et mal limitées, donnant au contour osseux un aspect fumeux. Plus tard, elles sont devenues opaques et s'intègrent complètement à l'os qu'elles déforment: l'épiphyse prend alors un aspect bizarre et irrégulier qui peut ne rappeler en rien la forme normale de l'article (fig. 5 et 6).

Comme la périostite, les ostéophytes sont à peu près pathognomoniques de la syphilis. On les rencontre, il est vrai, avec une certaine fréquence dans les arthrites gonococciques. Si l'exostose calcanéenne est bien particulière, on peut en trouver aussi sur les apophyses styloïdes, les plateaux tibiaux, l'apophyse coronoïde et l'olécrâne, les condyles fémoraux (Mondor). Comme il existe aussi parfois de la périostose, sous forme de petites lamelles fragmentaires doublant, à distance de l'articulation, un os normal, la confusion pourrait être possible si l'hyperostose gonococcique ne se rencontrait presque exclusivement comme séquelle des formes aiguës. Il est bien évident que dans une arthrite aiguë pseudo-phlegmonneuse apparue au cours d'une blen-

norragie, le diagnostic ne fera pas de doute, pour suspecte de syphilis que paraisse l'image radiologique.

Les ostéophytes sont, d'autre part, constants et souvent exubérants dans l'arthrite sèche, le rhumatisme vertébral et certains rhumatismes chroniques du groupe des arthroses. Leur présence dans ces cas ne sera donc pas une raison pour les rattacher à la syphilis et, quel que soit l'aspect radiologique de ces lésions, leur étiologie n'en sera pas éclaircie.

2° — LES ASPECTS COMPLEXES.

LES FORMES RADIOLOGIQUES.

Les différentes lésions décrites sont presque toujours associées pour donner des aspects radiologiques complexes. Toutes cependant n'existent pas à la fois et, bien qu'il y ait d'ordinaire la plus grande diversité dans les images, certaines se juxtaposent avec prédilection. Il en est même qui sont presque nécessairement associées.

L'hyperostose, en particulier, est toujours consécutive à une altération gommeuse. « Où se trouve la gomme, là se développe l'hyperostose » (Bénazet). Dans la diaphyse, la gomme profondément enfouie peut n'être pas visible et l'on ne constate que la périostite. Au niveau des épiphyses au contraire, où les lésions productives sont en général moins marquées, la tache claire précède ou accompagne toujours la réaction périostique. Par contre, cette dernière fait parfois défaut.

Les formes avec ostéoporose et décalcification s'accompagnent d'une réaction productive d'autre nature:

ostéophytes, reconstitution de travées osseuses irrégulières qui bouleversent la structure normale du tissu spongieux et qui, franchissant l'interligne articulaire, aboutissent à l'ankylose.

Dans certains cas, cette distinction est assez marquée pour que nous soyons tentée d'y voir de véritables formes radiologiques, correspondant d'ailleurs d'assez près aux formes cliniques : à l'arthropathie gommeuse appartiennent les taches claires disséminées dans l'épiphyse et détruisant la corticalité, avec ou sans réaction périostique; à l'arthrite ankylosante, la décalcification diffuse avec bouleversement structural et proliférations irrégulières. Ces images diverses appartiennent bien à des malades très différents. Ce sont des formes autonomes et nous ne saurions y voir, avec Bénazet, les différentes formes évolutives d'un même processus. Toute systématisation trop poussée doit cependant être évitée dans un sens comme dans l'autre : chez un même malade on peut voir, à une articulation, des lésions de type gommeux et, à une autre, des altérations déformantes et ankylosantes.

3° — LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES LÉSIONS.

La nature très particulière du processus morbide au niveau des articulations se traduit par certains caractères radiologiques qui, quelle que soit la forme envisagée, sont assez particuliers pour paraître spécifiques et donner aux images une « personnalité » bien marquée (Péhu).

Tout d'abord, une seule des extrémités osseuses peut être atteinte et l'arthrite poursuivre toute son évolution

pendant que l'autre épiphyse reste presque absolument intacte; cette localisation isolée est un fait inhabituel dans les autres arthrites et inconnu en particulier dans la tumeur blanche tuberculeuse.

Même quand les deux épiphyses sont touchées, la lésion peut rester longtemps localisée au centre de l'os sans que les surfaces articulaires et les éléments adjacents paraissent atteints. L'interligne articulaire, en particulier, est souvent absolument normal avec des altérations osseuses assez avancées et le pincement articulaire, si caractéristique des lésions bacillaires, n'existe pas; ce n'est qu'assez tardivement que l'interligne est atteint; il est alors rapidement détruit et supprimé, ou comblé par les proliférations osseuses.

Il n'y a pas, au point de vue lésionnel de limite nette entre l'épiphyse et la diaphyse. Le cartilage de conjugaison ne constitue pas ici, nous l'avons vu, la barrière qu'il réalise contre l'envahissement du processus tuberculeux. La lésion peut être à cheval sur le cartilage ou, ayant débuté dans l'une ou l'autre des régions de l'os, envahir largement la région avoisinante. L'altération dia-épiphysaire est presque toujours syphilitique.

Nous n'insisterons pas sur la coexistence de lésions destructives et productives; c'est l'une des notions les plus classiques que l'on connaisse de l'anatomie et de la radiologie syphilitiques. Le processus productif est d'ailleurs moins marqué au niveau des épiphyses que des diaphyses; il s'y manifeste plus volontiers sous forme d'ostéophytes, qui sont moins caractéristiques que la périostite. Il peut parfois être totalement absent, sous sa forme du moins de prolifération exubérante. Car le caractère constructif de l'affection se manifeste toujours au moins lors de la guérison. Alors que, dans la tuber-

culose, la recalcification seule se fait, limitant d'un simple liseré noir les parties osseuses détruites qui ne sont pas reformées, dans la syphilis, la reconstitution rapide et presque totale des contours et de l'architecture de l'épiphyse est un fait constant et de valeur considérable. Cette reconstitution n'est pas, en général, une restitution *ad integrum*, elle est anarchique et irrégulière et dépasse souvent son but; elle aboutit parfois à l'ankylose, tout au moins lors de la guérison spontanée, car le traitement discipline la réaction formative.

Si caractéristique que soient souvent les images radiologiques, elles ne constituent qu'un symptôme qu'il faut toujours confronter avec les signes cliniques. Leur interprétation doit toujours se faire avec beaucoup de soin et de prudence. Il ne faut pas se contenter d'une seule image et on doit rechercher, dans les autres articulations ou segments osseux, des signes radiologiques qui peuvent être cliniquement latents et dont la multiplicité et la localisation, plus que l'aspect, sont souvent spécifiques. Ainsi faite, l'étude radiographique des ostéoarthropathies syphilitiques est un élément diagnostique de très grande valeur; elle peut souvent apporter la certitude que laissait en suspens l'examen clinique ou le laboratoire.

TRAITEMENT

Il serait oiseux de rappeler les directives et les modalités bien connues du traitement des arthrites syphilitiques si leur valeur n'était encore sous-estimée par beaucoup de praticiens, par les chirurgiens en particulier. Aussi insisterons-nous sur quelques considérations capitales.

Le traitement médicamenteux est la base de la thérapeutique de ces lésions. On sait d'ailleurs que l'indigène, sujet neuf à leur égard, y est particulièrement sensible. Sa conduite ne comporte pas de règles particulières. Cependant, classiquement, tous les médicaments anti-syphilitiques n'ont pas la même efficacité. Ce sont le mercure et l'iodure de K qui ont le maximum d'action, surtout dans l'hérédo-syphilis. Chez les nourrissons les simples frictions mercurielles, chez l'enfant le sirop de Gibert donnent des résultats excellents. Les arsénicaux et surtout le Bi donnent des résultats souvent moins bons. Ce sont eux cependant que l'on devra préférer pour le traitement d'épreuve, quand le diagnostic hésite entre une arthrite tuberculeuse ou un arthrite syphilitique, car le mercure semble aggraver les lésions tuberculeuses. L'arsenic, au contraire, a sur ces lésions une action favorable, mais beaucoup moins forte et moins rapide que celle qu'il a sur les lésions syphilitiques.

Il faudra, d'autre part, tenir compte des contre-indications dues aux lésions viscérales associées.

Quelle que soit la médication employée, elle devra être continuée très longtemps. Que l'amélioration, en effet, soit rapide ou lente, la lésion persiste longtemps, latente, torpide, prête à une nouvelle poussée si l'on cesse trop tôt le traitement.

Les résultats sont essentiellement variables, suivant la forme de l'arthropathie.

Rapides et souvent complets dans les arthralgies, les hydarthroses, les arthrites subaiguës fluxionnaires, ils sont, à l'opposé, complètement nuls dans les ankyloses constituées. Si le traitement, en effet, arrête et cicatrise le processus évolutif, il ne peut faire régresser les lésions osseuses constituées ; chez les malades de nos observations XI, XII, XIII, dans les rhumatismes vertébraux, l'os est reconstruit selon une architecture nouvelle sur laquelle évidemment aucun médicament ne peut agir. Cependant, même dans ces cas, l'action sur la douleur est manifeste.

Dans la pseudo-tumeur blanche, il se produit en général une amélioration rapide : les fistules se ferment en quelques semaines, les douleurs disparaissent, les mouvements reprennent toute leur amplitude, la tuméfaction régresse, l'état général s'améliore. Si la lésion est jeune, la guérison peut être complète et on peut même, à la longue, arriver à une restitution *ad integrum* anatomique parfaite. Le fait se constate surtout chez l'enfant, mais reste, chez l'adulte ou dans les lésions invétérées, assez rare. En général, il persiste une légère déformation osseuse, une certaine limitation des mouvements, des craquements articulaires. Peut-être un traitement extrêmement prolongé en viendrait-il à bout.

Mais ce résultat suffit presque toujours à l'indigène qui, satisfait de l'amélioration fonctionnelle, ne persévère pas dans la poursuite de la guérison.

Les mouvements, qui n'aggravent pas les douleurs articulaires, ne semblent pas entraver l'action du traitement. Aussi l'*immobilisation* n'est-elle pas requise par les auteurs classiques. Lance, cependant, considère que, dans les pseudo-tumeurs blanches du genou et de la hanche, l'immobilisation en décubitus ou en appareil abrège la durée de l'affection et renforce l'action du traitement médicamenteux. On peut craindre pourtant qu'elle ne favorise l'ankylose.

Le domaine du *traitement chirurgical* est exclusivement d'ordre orthopédique. Lance est revenu récemment sur cette notion depuis longtemps établie par Ménard : l'acte chirurgical est nuisible dans les ostéoarthrites en évolution. Une lésion syphilitique opérée reste longtemps ouverte et devient résistante au traitement spécifique.

A l'inverse de ce qui se passe dans les lésions tuberculeuses, la présence de fistules ne constitue pas une indication opératoire, car l'infection secondaire est rare dans les lésions syphilitiques et n'aggrave pas sensiblement le pronostic. C'est même peut-être sur les lésions ouvertes et ulcérées que le traitement spécifique a l'action la plus évidente. Tout au plus l'ablation d'un séquestre pourra-t-elle devenir nécessaire lorsque, profondément enfoui dans le tissu osseux, il entretient la fistulisation. Mais l'existence de séquestres est exceptionnelle dans la syphilis osseuse.

Après extinction du processus infectieux, spontanée ou thérapeutique, la chirurgie correctrice peut entrer en scène pour redresser une articulation ankylosée, une

attitude vicieuse. L'acte du chirurgien sera, suivant les cas : soit l'ablation d'une hyperostose gênante, soit le plus souvent, mais chez l'adulte seulement, une résection orthopédique. Cette résection sera souvent une résection cunéiforme à la demande. Elle n'exige pas, comme la résection pour tuberculose, une ablation très poussée des éléments anatomiques infectés.

Quand le processus ankylosant est étendu à un grand nombre d'articulations, comme dans certains des cas que nous avons décrit, le chirurgien même est désarmé. Il n'est pas un indigène, en effet, qui se soumettrait aux interventions répétées et complexes qui seraient nécessaires pour obtenir un rendement fonctionnel suffisant.

CONCLUSIONS

La syphilis exotique, comme la syphilis européenne du Moyen-Age, est caractérisée par la fréquence et l'exubérance des lésions cutanées et ostéo-articulaires. Mais alors qu'en Europe, les arthrites syphilitiques étaient devenues assez rares pour avoir dû être retrouvées par les auteurs du ^{xix}^e siècle et ne présentent plus la même personnalité, elles sont encore en Afrique du Nord, et en particulier chez l'Indigène algérien, très nombreuses et caractéristiques.

Les formes proprement « exotiques » sont la pseudotumeur blanche, souvent fistulisée, souvent multiple chez un même malade, et un type spécial d'arthrites ankylosantes, déformantes et généralisées à un grand nombre d'articulations. Mais on rencontre aussi fréquemment les arthralgies, les hydarthroses, les arthrites subaiguës fluxionnaires.

La lente évolution de la pathologie indigène fait apparaître des formes nouvelles, semblables à celles habituellement rencontrées en France : formes frustes, formes hybrides, formes camouflées. Le rhumatisme chronique est une forme d'avenir, aboutissant commun des grandes infections articulaires de l'Arabe : syphilis, tuberculose, gonococcie, qui, en perdant leur acuité primitive, conditionnent les lésions chroniques.

Alors que dans les anciennes formes florides le diagnostic est le plus souvent évident, cette atténuation progressive fait rentrer la pathologie indigène dans le cadre des grandes lois de la pathologie générale. A mesure que s'éteint la puissante spécificité de la maladie dont elles émanent, les arthropathies syphilitiques deviennent plus banales et leur caractérisation demande la mise en œuvre de toutes les disciplines habituelles : clinique, radiologique et de laboratoire. L'étude radiologique en particulier présente, par la personnalité bien marquée des images qu'elle donne, un intérêt de premier plan.

Le traitement spécifique a, chez l'indigène, neuf à son égard, une action puissante qui ne s'arrête que devant les déformations osseuses ou les ankyloses constituées. C'est alors seulement, et une fois le processus infectieux éteint, que la chirurgie correctrice peut entrer en jeu.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABULKER (J.). — Allergie et syphilis. — *Thèse Alger*, 1928.
- ACHARD. — Syphilis articulaire. — *Journal des Praticiens*, 28 novembre 1928.
- ALAJOUANINE et THUREL. — Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques. — *Presse Médicale*, 17 novembre 1934.
- ARNOULD. — La lèpre kabyle. — *Recueil et Mém. de Chirurgie et de Pharmacie militaire*, 1862, p. 438.
- AUBRY, THIODET, R. RAYNAUD et Mlle ODRY. — Syphilis mutilante chez une indigène avec ostéo-arthropathies ankylosantes multiples. — *Algérie Médicale*, septembre 1935.
- AUCAIGNE. — La syphilis chez les Arabes. — *Lyon Médical*, 1902, n° 35, p. 287.
- AUCLERT (Lucien). — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — *Thèse Paris*, 1908.

B

- BARIETY et KAPLAN. — Syphilis nerveuse, osseuse et articulaire. Relation des différentes manifestations morbides entre elles. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1926.
- BENAZET. — Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et l'adolescent. — *Thèse Paris*, 1911.
- BERTHERAND. — *Précis des maladies vénériennes*, 1852.
- BLUM. — Arthralgies au cours de la syphilis. — *Bulletin Médical*, 1923, p. 900.
- BOLTANSKY (Et.). — Syphilis nord-africaine et localisations nerveuses. — *Presse Médicale*, 13 mars 1935.
- BONNET. — *Traité des maladies des articulations*. — Paris, 1845.
- BORHAEVE. — *Traité des maladies vénériennes*. — Paris, 1753.

- BOURDE (Yves) et GARY (Roger). — Sur le diagnostic et la thérapeutique de la syphilis des os longs. — *Archives de Méd. gén. et coloniale*, 1935, n° 1.
- BOUVERET et SALLARD. — Arthropathie tabétique. — *Maroc Médical*, 1927, p. 7.
- BRAULT. — *La syphilis en Algérie*. — 1908.
Leçon d'ouverture du cours des maladies des Pays chauds. — *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1897.
- BROCA. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire. Origine traumatique possible. — *Presse Médicale*, 2 novembre 1921.
- BROIDO et BALDONS. — Un cas d'arthropathie tabétique chez un indigène. — *Maroc Médical*, 1928, p. 47.
- BRODERZON. — Un cas d'exostoses multiples consécutives à l'ostéochondrite syphilitique. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1924, p. 754.
- BROUARDEL, GIROUX et LORY. — Un cas d'arthropathie syphilitique chronique avec vitiligo. — *Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} décembre 1922, p. 1632.
- BRUN et DELAMARE. — Arthropathie tabétique chez une femme arabe. — *Tunisie Médicale*, 13 juillet 1923, p. 327.

C

- CARLE et BOUCART. — Quelques considérations sur l'évolution de la syphilis chez les Marocains. — *Ann. des Mal. vénér.*, avril 1917.
- CASALIS DE PURY. — Syphilis et cancer chez les Bassoutos. — *Paris Médical*, 19 janvier 1918.
- CASAZZA. — Considerazioni sugli aspetti radiologici di alcune alterazioni ostéo-articolari in luetici. — *Radiologia medica*, mai 1931, p. 565-587.
- CASSAR. — Influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la P.G. et du tabès chez le musulman tunisien. — *Rapport au Congrès de la Fédération des Soc. des Sciences Méd. de l'Afrique du Nord*, Tunis, mars 1934.
- CASTAIGNE et TRÉMOLIÈRES. — *La syphilis*, 1913.

- CASTIGLIONI. — *Histoire de la Médecine*, Paris, 1931.
- CHABALIER. — Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes. — *Thèse Paris*, 1860.
- CHENET. — Notes sur l'ostéite et les ostéo-arthrites de l'hérédosyphilis tardive. — *Thèse Paris*, 1918.
- CLÉMENT (Jean). — De l'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive. — Leur adjonction à la triade d'Hutchinson. — *Thèse Lyon*, 1922.
- COLOMBANI. — La syphilis au Maroc. — *Revue d'Hygiène*, 1926, p. 162.
- COLOMBANI et LEPINAY. — La lutte anti-syphilitique au Maroc. — *Maroc Médical*, 15 mai - 15 juin 1934.
- COMBY. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 25 mai 1923, p. 735.
- Conférence scientifique internationale du Rhumatisme chronique progressif généralisé, Aix-les-Bains, 1934.

D

- DAGA. — Etudes sur la syphilis des Arabes. — *Arch. génér. de Médecine*, août et septembre 1864.
- DANJOU. — Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies déformantes de la syphilis héréditaire. — *Thèse Paris*, 1887.
- DEBONNESSET. — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. — *Thèse Paris* 1906.
- DECOURT (J.). — Ostéo-arthropathie déformante syphilitique. — *Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 avril 1933, n° 11.
- DECROP. — Quelques cas de syphilis nerveuse chez des Marocains. — *Maroc Médical*, 1928, p. 113.
- DECROP. — Y a-t-il une évolution dans la physionomie de la syphilis exotique. — *Maroc Médical*, 15 février 1934.
- DECROP et SALLE. — La syphilis acquise de l'enfant chez l'indigène marocain. — *Ann. des Maladies vénériennes*, novembre 1919, p. 641.

- DECROP et SALLE. — Les arthralgies syphilitiques des Marocains. — *Maroc Médical*, mars 1932.
- DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire. — *Thèse Paris*, 1883.
- DIRATZOUYAN. — La polyarthrite chronique déformante de cause syphilitique. — *Thèse Paris*, 1924.
- DOHEN (E.). — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant. — *Thèse Paris*, 1920.
- DUFOUR (H.). — Le rhumatisme polyartculaire chronique déformant syphilitique. — *Monde Médical*, 1^{er} décembre 1924.
- DUFOUR (H.). — Les arthrites syphilitiques. — Le rhumatisme polyartculaire chronique déformant syphilitique. — *Revue Médicale française*.
- DUFOUR (H.). — Deux cas de syphilis héréditaire avec déformations rhumatismales des doigts et hydarthrose. — *Bull. et Mémoires de la Sté Méd. des Hôp. de Paris*, 22 juin 1931, p. 1.035.
- DUJARDIN et DUMONT. — Hypothèses sur la pathogénie de la syphilis exotique. — *Maroc Médical*, 15 janvier 1934.
- DUMAS (J.M.). — De l'aspect un peu particulier de la syphilis à Madagascar chez les populations des Hauts-Plateaux. — *Marseille Médical*, n° 6, 25 février 1932.
- DUMONT (A.). — Syphilis nerveuse de l'indigène de l'Afrique centrale. — *Bruxelles Médical*, 1933, n°s 50 et 52.

F

- FABIANI (G.). — *Le problème des endocardites et la pathologie cardiaque chez l'indigène algérien*. — Alger, Fontana, 1933.
- FATOU. — Manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis. — *Bulletin Médical*, 28 juin 1924.
- FELTGEN. — Pseudo-mal de Pott syphilitique. — *Thèse Nancy*, 1903.
- FINK. — Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyro-parathyroïdienne d'origine syphilitique. — *Bulletin médical*, 1921.

- FLANDIN. — Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 14 décembre 1933, p. 1.732.
- FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire. — *Thèse Paris*, 1905.
- FOURNIER (A.). — *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.
- FOURNIER. — Les particularités de la syphilis arabe. — *La Clinique*, mars 1933, p. 106.
- FRACASTOR. — *De morbi contagione*. — Venise. 1546. Traduction de Paris 1753 : Syphilis ou le mal vénérien.

G

- GASTON et CHANTASSIN. — Polyarthrite progressive, déformante ankylosante généralisée, probablement d'origine syphilitique héréditaire. — *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphiligr.*, 4 décembre 1913, p. 547.
- GASTON. — La syphilis ostéo-articulaire. — *Paris Médical*, 3 mars 1913, n° 9.
- GASTON. — La syphilis articulaire. — *Paris Médical*, 1923, p. 200.
- GAUTHIER (Henri). — Histoire de la syphilis en Afrique du Nord, particulièrement en Algérie. — *Thèse Alger*, 1931.
- GEISMAR (Mme Suzanne). — Le rhumatisme polyarticulaire chronique progressif déformant syphilitique. — *Thèse Paris* 1922.
- GÉMY. — Facteurs de gravité de la syphilis. — Syphilis et paludisme. — *Bull. Méd.* 1891, p. 907.
- GILBERT (Raymond). — Ostéite syphilitique des mains et des pieds. — *Thèse Paris*, 1925.
- GILBERT-DREYFUS et P. BOURGEOIS. — Formes cliniques de la syphilis articulaire. — *Gazette des Hôp.*, 18 avril 1925, p. 501.
- GILLOT (V.). — Considérations sur la pathologie des Arabes en Algérie. — *Lyon Médical*, 1902, n° 44.
- GILLOT et MACHUEL. — La syphilis infantile en Algérie. — *Rapport au Congrès des Soc. Méd. de l'Afrique du Nord*. Tunis, mars 1934.
- GOINARD (P.) et PIÉRY. — Spondylite hybride de syphilis et de gonococcie. — *Soc. de Chirurgie d'Alger*, 16 février 1928.

- GOLAY et WEYL. — Essai sur la pathologie générale de la syphilis. — *Revue neurologique*, novembre 1923, t. II, p. 414. et *Ann. des Mal. vénér.*, 1924, p. 81.
- GOËAU-BRISSONNIÈRE. — La syphilis nerveuse chez l'indigène musulman algérien. — *Thèse Alger*, 1926.
- GONSOLLIN. — De la syphilis mutilante chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord. — *Thèse Lyon*, 1926.
- GOUARIANTZ. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — *Thèse Lyon*, 1914.
- GOUGEROT (H.). — Défense cutanée ou immunisation spontanée des syphilis nord-africaines et exotiques. — *Journal des Praticiens*, 1932, 1933, 1934.

H

- HANOUNE (Ed.). — L'allergie cutanée dans la syphilis et en particulier dans la syphilis de l'indigène algérien. — Contribution à l'étude de l'orientation de la syphilis nord-africaine. — *Thèse Alger*, 1927.
- HARVIER (P.) et M. BARIETY. — Ostéo-arthrite syphilitique du genou évoluant sous forme d'hydarthrose chronique depuis 17 ans. Formule polynucléaire de l'épanchement. — *Paris Médical*, 28 février 1925.
- HISSARD. — Articulations noueuses des doigts ; leur fréquence dans la syphilis héréditaire. — *Ann. des Dermatologie et Syphiligr.*, septembre 1932, p. 806.
- HUMANN. — Notes sur les pratiques médicales des Kel-Hoggar. — *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, 1933, t. XI, n° 3.

I

- IMBERT (L.). — Des arthropathie syphilitiques. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 février 1893.

J

- JAMIN. — Réflexions sur les syphilis indigènes. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1920.

JEANSELME. — Syphilis de la presqu'île indochinoise. — *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1901.

JEANSELME. — *Traité de la syphilis*, tome I, Paris, 1931.

K

KLOTZ (Pierre). — Le diagnostic étiologique des hydarthroses du genou. — Leurs principales variétés. — *Gazette des Hôpitaux*, 17 août 1935, p. 1.121.

KOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. — *Journal de Médecine et de Chirurgie*, juillet 1924, p. 476.

L

LACAPÈRE et LAURENT. — La syphilis articulaire chez les indigènes du Maroc. — *Paris Médical*, septembre 1919, p. 221.

LACAPÈRE. — *La syphilis arabe*, Paris 1923.

LACAPÈRE. — Les causes d'orientation de la syphilis. — *Presse Méd.*, 3 juillet 1919, p. 505.

LACAPÈRE. — Les formes de la syphilis indigène. — *Hygiène sociale*, 10 janvier 1932.

LACAPÈRE. — La syphilis nerveuse chez les Aabres. — *Maroc Médical*, 15 janvier 1934.

LACAZE et MONTEUX. — Sur un cas d'arthrite syphilitique du cou-de-pied droit. — *Maroc Médical*, 1924, p. 128.

LANCE et HUC. — L'hérédo-syphilis ostéo-articulaire des membres au cours de la deuxième enfance. *Journal Médical français*, novembre 1927.

LANCE. — Arthropathies hémophiliques. — *Gazette des Hôpitaux*, 25 mai 1935, p. 724.

LANCEREAUX. — *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris, 1873.

LANDA et PANOV. — Matériaux pour le roentgeno-diagnostic de la syphilis congénitale. — *Ann. de Dermat. et Syphili-graphie*, août 1930.

LARROYENNE et JARRICOT. — Pseudo-tumeur blanche syphilitique du genou. — *Soc. de Médecine de Lyon*, 28 juin 1933.

- LEGER. — Syphilis dans les colonies. — *Revue coloniale de Médecine et de Chirurgie*, 15 août 1932.
- LEREBoullet, SAINT-GIRONS et GOURNET. — Polydactylite hérédo-syphilitique du nourrisson. — *Arch. de Méd. des enfants*, novembre 1925, pages 665-675.
- LERICHE et POLICARD. — *Physiologie normale et pathologique des os*. — Paris, Masson, 1926.
- LESNE (E.), R. CLÉMENT, Ch. LAUNAY et J. DELON. — A propos de 2 observations d'ostéite syphilitique de la grande enfance. — *Société de Pédiatrie*, 19 mars 1935.
- LEVADITI et MARIE (A.). — Pluralité des virus syphilitiques. — *Presse Médicale*, 1920, pp. 646-649.

M

- MANSOURI. — Un cas d'arthropathie double de la hanche chez une indigène tabétique. — *Maroc Médical*, 1932, p. 103.
- MANSOURI et FLY SAINTE-MARIE. — Un nouveau cas d'arthropathie de la hanche chez un indigène tabétique. — *Maroc Médical*, 15 juin 1934.
- MASSIAS. — Syphilis nerveuse chez les indigènes d'Indo-Chine. — *Ann. de Dermat. et Syphiligraphie*, février 1935.
- MAUCLAIRE et DUJARRIER. — *Maladies des articulations*, 1909.
- MAURIAC (Ch.). — *Syphilis tertiaire et héréditaire*, Paris, 1890.
- MAY (E.), J. DECOURT et Mme A. WILHEM. — Syphilis vertébrale avec aspect radiologique pseudo-angiomateux. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 juin 1932, p. 1.053.
- MÉNARD. — Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif déformant. — *Thèse Paris*, 1908.
- MÉNARD et MOZER. — Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et articulaires. — *Journal de Médecine de Paris*, juillet 1923, p. 544.
- MÉRICAMP. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. — *Thèse Paris*, 1882.
- MILIAN et HOROWITZ. — Syphilis ostéo-articulaire à localisations osseuses multiples avec fracture spontanée et maladie de Paget.

- MONDOR. — *Les arthrites gonococciques*, Paris, Masson, 1928.
- MONTÉL. — La syphilis en Extrême-Orient. — *Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, juin 1924.
- MONTPELLIER (J.). — Les grandes étapes de la syphiligraphie en Algérie. — La lèpre Kabyle d'Arnould (1862). — *Journ. de Méd. et Chir. de l'Afrique du Nord*, mars 1926.
- MONTPELLIER et LACROIX. — Hydarthrose syphilitique préroséolique. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1922, p. 294.
- MONTPELLIER. — Le problème de l'orientation de la syphilis chez les Nord-Africains. — *Presse Méd.*, 10 avril 1926.
- MONTPELLIER. — Au sujet de l'orientation de la syphilis chez l'indigène algérien. — *Journal de Méd. et de Chir. de l'Afrique du Nord*, novembre 1925.
- MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse en Algérie. — *Maroc Médical*, 15 février 1934.
- MOZER. — Tableau clinique et réaction de Wassermann dans la syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire. — *Thèse, Paris*, 1917.

N

- NEUMARK. — Zur Kenntnis der spätsyphilitischen Gelenkerkrankungen. — *Fortschritte auf der Gebiete der Röntgenstrahlen*. — Octobre 1931, p. 481-497.
- NOBILI (F. A. de). — *Lésions osseuses de la syphilis héréditaire tardive*. — Paris, 1925.
- NOVE-JOSSERAND (G.) et L. TAVERNIER. — *Tumeurs malignes des os*, Paris, Doin, 1927.

P

- PAIRE. — Syphilis maligne précoce en Algérie. — *Thèse Montpellier*, 1908.
- PEHU. — La syphilis articulaire de la deuxième enfance. — *Traité de médecine des enfants*. Paris, Masson, t. IV, p. 425.

- PEHU et CHASSARD. -- Schéma nosologique des ostéopathies syphilitiques observées dans la première enfance. — *Journal Méd. Français*, novembre 1927.
- PEHU, POLICARD et BOUCOMONT. — Etudes d'anatomo-radiologie. — Documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 février 1931.
- PEHU, GUILLEMINET et BOUCOMONT. — Mal de Pott syphilitique de la première enfance. — *Lyon Chirurgical*, janvier 1933, p. 75.
- PELLIER. — Contribution à l'histoire de la syphilis. — *Thèse Toulouse*, 1908.
- PERVES. — La syphilis au Hoggar. — *Annales des mal. vénér.*, juin 1935.
- PETIT. — *Traité des maladies des os*. — Paris, 1758.
- PILLON (Maurice). — Formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. — *Thèse Paris*, 1914.
- PINEAU. — Arthropathies syphilo-thérapeutiques. — *Thèse Paris*, 1923.
- POROT. — Syphilis nerveuse chez les Arabes. — *Revue de Neurologie*, 1916.
- La Paralyse générale chez l'indigène Nord-Africain. — *Maroc Médical*, 15 février 1934.

Q

- QUIGNARD. — Contribution à l'étude de la spondylite syphilitique. — *Thèse Paris*, 1924.

R

- RAYNAUD, COLONIEU et LEVI-VALENSI. — Arthropathie tabétique chez un indigène. — Soc. de Médecine d'Alger, 12 janvier 1929. — *Algérie Médicale*, 1929, p. 93.
- REBATTU, MOURNIER-KUHN et ROUSSEL. — Mal de Pott sous-occipital syphilitique. — *Lyon Médical*, 24 mars 1933.

- REY. — *Contribution à l'étude de la syphilis en Algérie*, Alger, 1895.
- RICHARD (A.). — Les arthrites vertébrales chroniques. — *Rapport au Congrès de la Société Française d'Orthopédie*, 1933.
- ROBERT. — Arthrites, arthroses. — Diagnostic radiologique. — *Maroc Médical*, 15 juin 1935.
- ROSTAINE. — Syphilis des os et des articulations. — *Traité de Médecine Sergent*, tome XIX.
- ROUGIER. — Etude des épanchements articulaires dans l'hérédosyphilis tardive. — *Thèse Paris*, 1924.

S

- SALLE (Louis). — De l'influence des cures arsénobenzoliques de simple blanchiment sur l'évolution ultérieure de la syphilis marocaine. — *Maroc Médical*, 15 février 1934.
- SEZARY (A.). — Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse. — *Presse Médicale*, 2 janvier 1926.
- Le problème de la syphilis exotique. — *Maroc Médical*, janvier 1933, n° 127.
- SORREL et Mme SORREL-DEJERINE. — *Atlas de radiologie osseuse*, Paris, Masson, 1932.
- Des diverses formes anatomiques de la syphilis des os longs et plus spécialement d'une forme rare simulant le kyste essentiel des os. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, octobre 1934, p. 478-488.
- SPILLMANN (Louis). — *Syphilis osseuse*. — Paris, 1909.

T

- TRABAUD (J.). — Syphilis nerveuse chez les Arabes du Proche-Orient. — *Journ. de Méd. et de Chir. de l'Afrique du Nord*.
- TREILLE. — Syphilis chez les Arabes. — *Journal de l'Afrique du Nord*, 1910.
- TREVES et VIDAL-NAQUET. — Les arthrites vertébrales chroniques non tuberculeuses. — *L'Hôpital*, décembre 1934.

V

- VAGNON (A.). — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. — *Thèse Lyon*, 1924.
- VAN DEN BRANDEN et DUBOIS. — Syphilis congolaise et son influence dans la pathologie tropicale. — *Bruxelles Médical*, 26 novembre 1933.

W

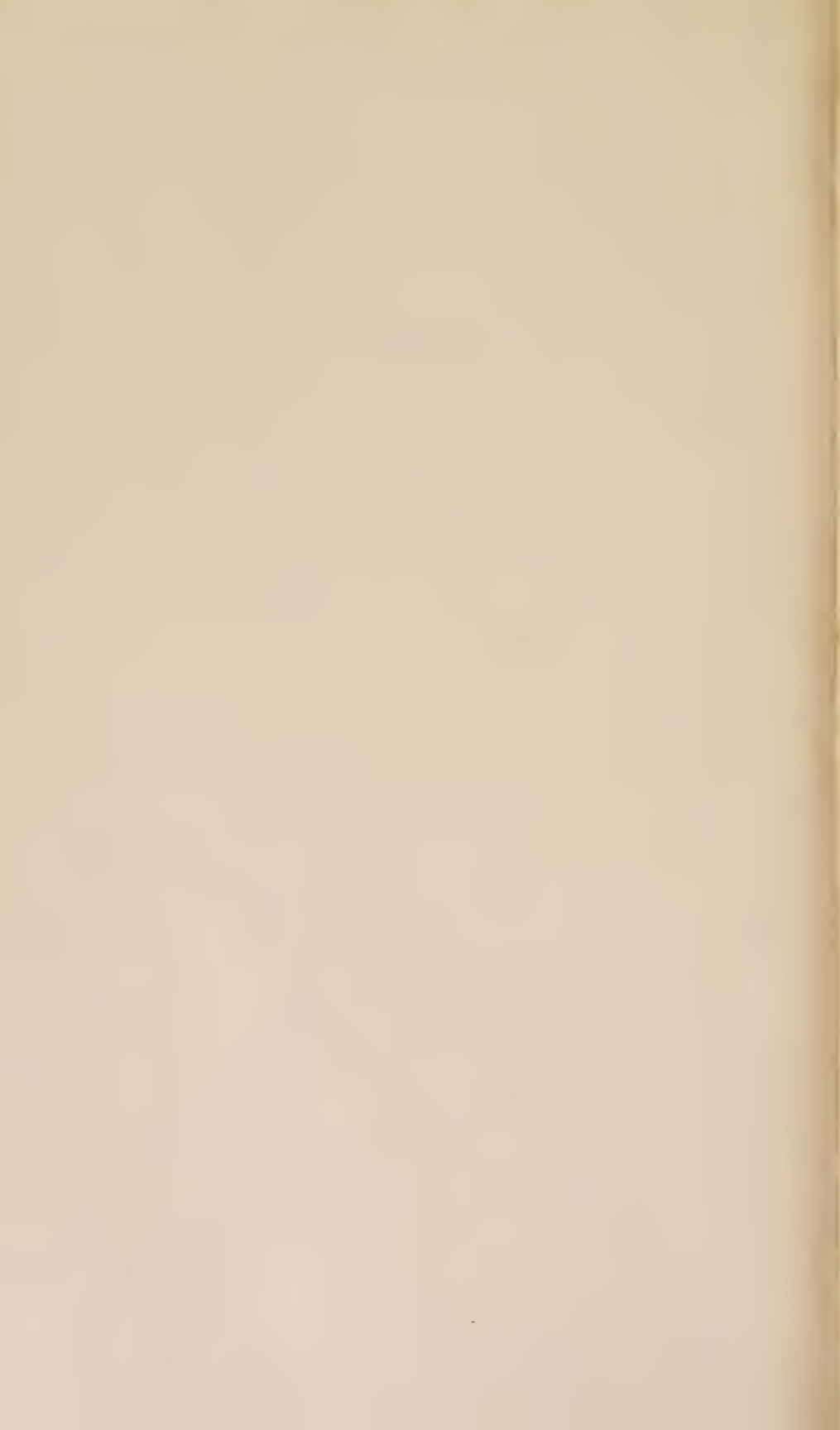
- WEIL (M. P.) et Pierre BOURGEOIS. — Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive. — *Presse Médicale*, 25 avril 1925, p. 539.
- Spondylose rhizomélisque. — *Gazette des Hôpitaux*, 12 octobre 1935.
- WORINGER. — Mal de Pott syphilitique. — *Revue Française de Pédiatrie*, 1929, p. 446-482.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	
HISTORIQUE	
A) HISTOIRE DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE EN EUROPE..	
A) HISTOIRE DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE EN AFRIQUE DU NORD	18
ETIOLOGIE-PATHOGENIE	23
ETUDE CLINIQUE	31
PLAN	31
I. FORME EXOTIQUE DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE	34
A) L'ARTHRITE GOMMEUSE FISTULISÉE	34
— <i>Etiologie</i>	35
— <i>Etude clinique</i>	36
1° Perisynovite gommeuse	36
2° Lésions cutanées periarticulaires	37
3° Ostéo-chondro-synovite	37
4° Ostéo-arthrite	40
— <i>L'arthrite fistulisée</i>	47
— <i>Evolution</i>	54
B) ARTHRITE ANKYLOSANTE	55
— <i>Les caractères anatomo-pathologiques</i>	65
1° Lésions osseuses	65
2° Lésions cartilagineuses	66
3° Lésions synoviales	67

II. LES FORMES COMMUNES	69
A) LES FORMES CLASSIQUES	69
1° Arthralgies simples	70
2° Arthrites subaiguës fluxionnaires	74
3° Hydarthroses	76
4° Arthropathies déformantes de Méricamp...	81
B) LES FORMES HYBRIDES	82
1° Syphilis et tuberculose.....	83
2° Syphilis et gonococcie	87
C) LES FORMES CAMOUFLÉES. LE RHUMATISME CHRONIQUE	88
1° <i>Le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique</i>	90
2° <i>Les rhumatismes localisés</i>	92
a) Au niveau des grosses articulations....	92
b) <i>Les petites articulations</i>	93
c) L'arthrite vertébrale chronique syphilitique	94
1° Le mal de Pott syphilitique.....	94
2° Le rhumatisme vertébral syphilitique	95
3° La spondylose rhizomélique	99
DIAGNOSTIC	103
DIAGNOSTIC CLINIQUE	104
1° L'examen local	104
2° Les signes généraux de syphilis	105
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	105
1° Arthrite subaiguë fluxionnaire	106
2° Hydarthrose	107
3° Pseudo-tumeur blanche	108
DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE	111
1° Les épreuves serologiques	111
2° Recherche directe du triponème.....	112
3° Examens anatomiques	112
4° Inoculation au cobaye	112
DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	113
ETUDE RADIOLOGIQUE	115
1° LES IMAGES ÉLÉMENTAIRES	116

a) <i>Les images de lésions destructives</i>	116
La gomme osseuse	116
L'ostéoporose	117
b) <i>Les images de lésions productives</i>	118
La périostite ossifiante	118
Les ostéophytes	120
2° LES ASPECTS COMPLEXES	121
3° LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES LÉSIONS.....	122
<i>TRAITEMENT</i>	125
<i>CONCLUSIONS</i>	129



VU : *Le Président de Thèse,*

G. AUBRY.

VU : *Le Doyen,*

E. LEBLANC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 9 Décembre 1935.

Le Recteur,

H. HARDY.

